

Univerzita Karlova
Husitská teologická fakulta

Základní terapie v přímé péči o gerontologického klienta
Basic therapy in the direct care of gerontological client

Diplomová práce

Vedoucí práce: prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.

Autor: Bc. Josef Staněk

Praha 2017

Děkuji především vedoucí mé diplomové práce prof. PhDr. Beátě Krahulcové, CSc., za její odborné vedení, vynikající odborný i lidský přístup, poskytnutí odborné literatury, cenných rad a připomínek.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci „Základní terapie v přímé péči o gerontologického klienta“ vypracoval samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 24. 4. 2017

Josef Staněk

.....

Anotace

Diplomová práce „Základní terapie v přímé péči o gerontologického klienta“ monitoruje problematiku aplikace jednotlivých druhů terapií u konkrétních gerontologických klientů. Zaměřuje se na deskripci základních druhů terapií, které jsou využívány v institucionálním zařízení s cílem zlepšit kvalitu poskytované péče. Poukazuje na sociálně zdravotní aspekty stáří a upozorňuje na nezbytnost propojení jednotlivých rezortů pro zajištění důstojné a celostní péče o gerontologického klienta. Specifikuje věkové kategorie v životě člověka. Prezentuje základní legislativní normy v péči o seniory v ČR. Prvořadým cílem práce je deskripce, realizace terapií v individuální i skupinové práci se seniory v rezidentním zařízení. Na základě detailního rozboru jednotlivých případových studií šesti klientů domova důchodců specifikuje nejprínosnější terapie, popisuje reflexi mužů a žen, hodnotí rizika nevhodné terapie pro klienta i sociálního pracovníka. Dokladuje využití různých druhů terapií při posílení adaptačních mechanismů starého člověka na novou životní situaci a změnu životního prostředí.

Závěrečné šetření transparentně objasňuje, sleduje, realizuje a zprostředkovává analytický rozbor konkrétních terapií s cílem zkvalitnit péči o klienta institucionálního zařízení v kontextu hodnot sociální práce.

Klíčová slova

Aktivizace, arteterapie, aspekty stáří, bazální stimulace, dramaterapie, ergoterapie, gerontologie, muzikoterapie, případové studie, sociální klima.

Annotation

The thesis „Basic Therapy in the Direct Care of Gerontological Client“ monitors the issue of the application of individual therapy for specific gerontological clients. It focuses on the description of the basic types of therapies that are used in the institution to improve the quality of care provided. The thesis indicates the social and health aspects of the old age and highlights the need to interconnect various ministries to ensure a dignified and holistic care of the gerontological client. The ages of human life are specified. Basic legislative standards in the care of the elderly in the Czech Republic are presented. The primary objective of this work is to describe and realize therapies in the individual and group work with seniors in residential facilities. Based on the detailed analysis of individual case studies of six nursing home clients, my the thesis specifies the most beneficial therapies, describes the reflection of men and women, evaluates the risks of inappropriate therapy for both, the client and the social worker. The use of different types of therapy for strengthening adaptation mechanisms of the old man to the new living situation and environmental change is illustrated.

Final survey transparently explains, monitors, implements, and provides analytical analysis of specific therapies to improve the client's care of the institutional facilities in the context of social work values.

Keywords

Activation, art therapy, aspects of the old age, basal stimulation, drama therapy, occupational therapy, gerontology, music therapy, case studies, social climate.

Obsah

| | |
|--|-----------|
| Úvod | 10 |
| 1. Deskripce stěžejních terapií | 12 |
| 1.1 Definice arteterapie | 12 |
| 1.1.1 Vznik a vývoj arteterapie | 12 |
| 1.1.2 Realizace arteterapie | 13 |
| 1.1.3 Využití arteterapie u seniorů | 14 |
| 1.2 Deskripce bazální stimulace | 14 |
| 1.2.1 Vznik a vývoj bazální stimulace | 15 |
| 1.2.2 Realizace bazální stimulace | 15 |
| 1.2.3 Koncept bazální stimulace u seniorů | 16 |
| 1.3 Definice dramaterapie | 17 |
| 1.3.1 Počátek dramaterapie | 17 |
| 1.3.2 Realizace dramaterapie | 18 |
| 1.3.3 Dramaterapie se seniory | 19 |
| 1.4 Definice ergoterapie | 20 |
| 1.4.1 Vývoj ergoterapie | 21 |
| 1.4.2 Realizace ergoterapie | 22 |
| 1.4.3 Ergoterapie se seniory | 22 |
| 1.5 Deskripce reminiscenční terapie | 23 |
| 1.5.1 Vývoj reminiscence | 23 |
| 1.5.2 Realizace reminiscence | 24 |
| 1.5.3 Reminiscence se seniory | 25 |
| 1.6 Muzikoterapie, taneční terapie | 26 |
| 1.6.1 Vnik taneční terapie a muzikoterapie | 26 |
| 1.7 Prezentace ostatních realizovaných terapií | 28 |
| 1.7.1 Preterapie | 28 |
| 1.7.2 Validační terapie | 29 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1.8 | Terapie zaměřená na člověka | 30 |
| 1.9 | Zooterapie | 31 |
| 2. | Sociálně zdravotní aspekty stáří..... | 33 |
| 2.1.1 | Věkové kategorie v životě člověka | 34 |
| 2.1.2 | Základní terminologie zdravotně sociální práce | 34 |
| 3. | Reprezentace základní legislativy v péči o seniory | 36 |
| 4. | Realizace terapií v individuální i skupinové práci se seniory | 39 |
| 4.1 | Cíle šetření | 39 |
| 4.2 | Metody šetření..... | 39 |
| 4.3 | Metodika šetření..... | 40 |
| 4.4 | Úkoly šetření | 40 |
| 4.5 | Procedury sběru dat..... | 41 |
| 4.5.1 | Faktografie institucionálního zařízení Domova důchodců Sušice..... | 42 |
| 4.5.2 | Deskripce sociální práce aplikované v Domově důchodců v Sušici | 43 |
| 4.6 | Data získaná šetřením a jejich interpretace | 44 |
| 4.6.1 | Charakteristika cílové skupiny (šetřeného vzorku) | 44 |
| 4.6.2 | Rámcová analýza sociálního klimatu skupiny..... | 46 |
| 4.6.3 | Případové studie, kazuistiky cílové skupiny klientů..... | 47 |
| 4.7 | Implementace aktivizačních terapií..... | 66 |
| 4.7.1 | Aromaterapie | 67 |
| 4.7.2 | Arteterapie | 68 |
| 4.7.3 | Bazální stimulace | 69 |
| 4.7.4 | Ergoterapie..... | 70 |
| 4.7.5 | Klimatoterapie | 71 |
| 4.7.6 | Muzikoterapie | 72 |
| 4.7.7 | Reminiscenční terapie | 73 |
| 4.8 | Smyslová aktivizace..... | 77 |
| 4.8.1 | Zooterapie (felinoterapie) | 78 |

| | | |
|--|--|-----------|
| 4.9 | Rozprava o aktivizačních terapiích | 79 |
| 4.9.1 | Analýza názorů zaměstnanců..... | 79 |
| 4.9.2 | Analýza názorů klientů | 81 |
| 4.10 | Interpretace plnění úkolů | 84 |
| 4.11 | Závěry šetření | 87 |
| Závěr | | 88 |
| Seznam použité literatury | | 90 |
| Seznam obrázků | | 94 |
| Seznam tabulek | | 95 |
| Seznam grafů..... | | 96 |

Seznam zkratek

| | |
|-----------|---|
| ALS | Americká asociace ergoterapeutů |
| CMP | Cévní mozková příhoda |
| ČLS | Česká lékařská společnost |
| ČR | Česká republika |
| DD | Domov důchodců |
| GAČR | Grantová agentura ČR |
| SOU A SOŠ | Střední odborná škola a střední odborné učiliště |
| JOP | Občanské sdružení podílející se na systémovém vývoji i praktické subvenci a transformaci sociálních služeb |
| WFOT | Světová federace ergoterapeutů |

Úvod

Téma diplomové práce „Základní terapie v přímé péči o gerontologického klienta“, jsem zvolil z několika důvodů. Prvotním impulsem bylo, že již několik let docházím do Domova důchodců v Sušici, kde navštěvuji rodinného přítele, který se na nové prostředí i po letech pobytu obtížně adaptuje. Aplikované terapie odlišně vnímá, i když některé terapie, které v domově probíhají, mu částečně pomáhají překonat složitou životní situaci a přijmout skutečnost, že institucionální zařízení se stalo jeho novým domovem, a tak najít nový smysl života.

Dalším podnětem byla má pracovní pozice učitele v mateřské škole. V rámci akcí připravovaných s dětmi k různým tradicím navštěvujeme Domov důchodců a zde se setkáváme s různými přístupy a terapiemi.

V neposlední řadě považuji téma terapií za velice aktuální v oblasti sociální práce v současnosti. Pojem terapie se stal součástí našich životů. V tisku, médiích, sdělovacích prostředcích, literatuře i na internetu se setkáme s různými druhy terapií. V institucionálních zařízeních i v domácí péči jsou do profesních přístupů v péči o seniory zařazovány různé terapie, jejichž vhodnost není mnohdy kvalitativně ověřena a ani odborně ošetřena ze strany poskytovatelů. Populace v České republice stárne, stále větší procento seniorů dožívá v institucionálním zařízení, kde jsou jim terapie i vnucovány ve snaze přispět ke zkvalitnění poskytované péče nebo i z důvodu, že se jedná o aktuální, „módní“ trend v péči o klienta. V domově důchodců v Sušici mi bylo v rámci sběru dat pro kvalitativní šetření umožněno v období říjen 2015 až únor 2017 pravidelně docházet do aktivizačního centra, kde jsem si mohl ověřovat stanovené hypotézy při individuální i skupinové práci s klienty.

V teoretické části práce si kladu za cíl, na základě studia odborné literatury různých autorů, determinovat pojetí terapie, vymezit jednotlivé druhy terapií v kontextu jejich využití při práci s konkrétním klientem. Charakterizovat jejich vhodnost a specifikovat použití pro danou skupinu klientů. Komparovat poznatky odborné literatury s praxí.

V empirické části práce, na základě realizace vlastního šetření, které mapovalo osobní i skupinovou práci s konkrétní smíšenou skupinou seniorů, jsme si přibližně po dobu jednoho roku pozorování, ověřování a zjišťování přínosu jednotlivých terapií pro klienta, kladli následující cíle:

- 1) zjistit přínos konkrétní terapie pro gerontologického klienta v institucionálním zařízení,
- 2) popsat aspekty způsobu realizace terapií v institucionálním zařízení,
- 3) ověřit, jak reflektují, vnímají a prožívají terapie muži a ženy,
- 4) specifikovat jaká rizika mohou u klienta nastat při volbě nevhodné terapie,

- 5) jaké postoje a zkušenosti má k terapiím ošetřující personál,
- 6) jak vnímají klienti přítomnost „veřejnosti“ (rodinných příslušníků, dětí ze školek, škol, dobrovolníků) na terapiích.

V závěru předkládaná diplomová práce poukazuje i na možná rizika, která mohou nastat při zvolení nevhodné terapie při nedůsledném vyhodnocení sociální anamnézy klienta.

Šetření bylo realizováno na základě popisu kazuistik 6 klientů Domova seniorů v Sušici, tří žen a tří mužů. Rozpravou o implementaci konkrétních terapií pro individuálního klienta a jejich následné aplikace pro další tvorbu terapií.

Diplomovou prací bych chtěl přispět k tomu, aby častěji docházelo propojení každodenního života klientů v institucionálním zařízení s jejich původním sociálním prostředím, po kterém se jim stýská, dochází k citovému strádání a částečnému odcizení z reality běžných dní.

1. Deskripce stěžejních terapií

Termín terapie se stal součástí každodenního života. Setkáváme se s ním ve sdělovacích prostředcích, médiích, internetu i u lékaře. Laická veřejnost mnohdy přesně nedokáže definovat, co vlastně terapie znamená. Hartl vymezuje pojem terapie následně: „*Léčení tělesných nebo duševních poruch a poruch chování*“. (HARTL, HARTLOVÁ, 2004, s. 611)

Terapie znamená způsob léčení, za účelem dosažení konkrétního cíle, za který lze považovat zlepšení somatického, psychického i psychosomatického zdraví člověka. Terapie může být chápána jako proces uzdravení člověka jako celku. Zvolená terapie má být pro člověka příjemná, poskytovat úlevu a zlepšení, pro dosažení úspěšného efektu by měla být indikována individuálně pro každého klienta s cílem zachovat jedinečnost, individualitu a důstojnost člověka s ohledem na jeho dosavadní způsob života. Terapie patří i do kontextu moderní sociální práce, s cílem vytvořit efektivní ucelený přístup ke klientovi. Terapie se rozděluje podle způsobu využití, metodologie, přístupu a výsledku. Podle druhu mají i svou specifickou charakteristiku.

1.1 Definice arteterapie

Hartl, Hartlová (2004) popisují arteterapii jako metodu aplikace uměleckých technik jejíž nástroj je využití diagnostiky, psychoterapie, výchovy a sociální práce. Důraz klade na aktivitu, při níž se používá uvolňující, katarzní a projektivní vlastnosti lidské tvořivosti, protože pro terapeutické účely využívá především výtvarné umění.

Rubinová uvádí: „*Většinu lidí přitahuje arteterapie proto, že mají k umění, tak i k lidem kladný vztah, bývají zvědaví a také tvořiví a schopni soucitu.*“ (RUBINOVÁ, 2008, s. 509)

Arteterapii lze možné definovat i jako léčbu, která používá hlavního prostředku v poznání, využívá poznání, ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů výtvarným projevem, používanými barvami a řadou dalších uměleckých technik.

1.1.1 Vznik a vývoj arteterapie

Arteterapii řadíme k poměrně mladým terapeutickým metodám. Prvopočátky terapie se objevují již v 18. a 19. století, kdy se léčba pomocí výtvarné produkce zaměřovala na činnosti spojené s tvorbou duševně nemocných.

Poprvé termín art therapy zmínila ve svých dílech Američanka Margaret Naumburgová ve třicátých letech 20. století. USA je považováno za kolébkou arteterapie, hlavně z důvodu, že jako první ve světě akreditovalo univerzitní studium arteterapie na Hanneman University ve Filadelfii.

K dalším neméně významným zakladatelům arteterapie patří Edith Kramerová, která se zaměřovala především na práci s dětmi, německý psychiatr Hans Prinzhorn, který pracoval s duševně nemocnými, rakouský psychiatr Leo Navrátil, který diagnostikoval poruchy pomocí kresby.

Do Evropy se terapeutický směr přenesl až roku 1940. Profesionální kurzy a školení pro arteterapeuty byly iniciovány až v osmdesátých letech 20. století. Česká republika přistupuje k léčebným metodám arteterapie až v padesátých letech 20. století. Arteterapie byla vnímána jako součást psychoterapie, k částečnému osamocení terapie jako samostatné metody, dochází v sedmdesátých letech, PhDr. D. Kocábová zakládá arteterapeutickou sekci při ČLS J. E. Purkyně¹. K popularitě využití arteterapie u nás došlo po roce 1994 vznikem České arteterapeutické asociace, která vynakládá snahu o přeměnu na profesní organizaci.

V současné době je možné studovat obor Arteterapie zejména na pedagogických fakultách nebo jako součást studia oboru Speciální pedagogika. (ŠICKOVÁ, FABRICI, 2002)

1.1.2 Realizace arteterapie

Arteterapii v sociální péči využívá řada laických arteterapeutů, kteří se především zaměřují na využití výtvarného projevu, barev, umění s cílem pomoci příjemci zlepšit adaptaci na nemoc, zvládnutí těžké životní situace a získat pocit úlevy nenásilnou a osvobozující formou.

Při realizaci arteterapie je klíčovým prostředníkem terapeut, jehož aspektabilita zaručuje kvalitní terapeutický proces. Arteterapeut by měl být intuitivní člověk se znalostí mnoha společenskovedních oborů, flexibilní, tvořivý, empatický, s vysokou emoční inteligencí, ale i odborně vzdělaný zvláště v humanitních oborech, dějinách výtvarného umění, hudby. Neprofesionální arteterapeutický přístup může klienta spíše poškodit, nežli by mu byl k užitku.

Pro provádění arteterapie je nezbytné mít i materiální zajištění. Z ekonomického hlediska patří arteterapie k nákladnějším metodám. Pro kvalitní realizaci je nezbytná arteterapeutická místnost, která zajistí pohodlí, intimitu, bezpečí a důstojnost klienta. Vhodné jsou prostory, ve kterých je možné sedět na relaxačních podložkách, nebo židlích. Interiér i vybavení je doplněno uklidňujícími barvami nejlépe jemných pastelových tónů.

Arteterapie je realizována individuální i skupinovou formou a terapeut musí nutně vycházet z interdisciplinární terapie a zná zdravotní a sociální anamnézu klienta. Arteterapii

¹ ČLS J.E Purkyně – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně je nezávislé, dobrovolné sdružení fyzických osob – lékařů, farmaceutů a ostatních pracovníků ve zdravotnictví a příbuzných oborech.

lze realizovat ve všech etapách života člověka od dětství až po pokročilé stáří, vědecké studie prokazují i přínos arteterapie u duševně nemocných, u lidí s různými druhy závislostí, fyzickými handicapy, poruchami příjmu potravy, s umírajícími. Arteterapie je neúspěšná u lidí, kteří ji z nějakého důvodu odmítají. (MATOUŠEK, 1995)

1.1.3 Využití arteterapie u seniorů

Při terapeutických činnostech se seniory považuje Haškovcová za nejefektivnější využití tvůrčí arteterapie. Arteterapie seniorům většinou nepřináší proces sebepoznání, ale zaměřuje se na některé procesy, které si kladou za cíl zmírnit nemoc, udržet soběstačnost co nejdéle, prožít radostné chvíle stáří bez bolestného psychického strádání. Tvůrčí arteterapie obohacuje gerontologické klienty o nové zážitky, zamezuje sociální izolaci a podporuje pozitivní sociální klima v institucionálním zařízení. V přímé péči se při realizaci arteterapie potvrzuje, že artefakty vytvořené samotnými seniory zpříjemňují jejich nové prostředí, dodávají pozitivní energii, že ještě mohou něco užitečného vytvořit.

Nejoblíbenější arteterapeutické techniky u gerontologických klientů jsou vybarvování, malování, lepoprela, vytváření artefaktů, vystřihování obrázků, ale i vnímání barev a všech jejich tónů, například na masážním lůžku muzikoterapie, kdy jsou projektovány na zeď barevné obrazce. U klientů, kteří trpí Alzheimerovou nemocí, Parkinsonovou chorobou, dalšími druhy demence, je nutné zvážit, zda je v rámci arteterapeutických činností vhodné zařadit vystřihování, neboť je nutné přihlížet k somatickému stavu konkrétního klienta. (HAŠKOVCOVÁ, 2012)

1.2 Deskripce bazální stimulace

Profesor Kohoutek definuje bazální stimulaci jako proces podněcování a vývoj percepce, komunikace a interakce. Základní prvky bazální stimulace vycházejí z vlastního těla pečovatele, který dokáže klientovi zprostředkovat lepší vnímání okolního světa, následně s ním navázat kontakt s cílem zohlednit v každé situaci klientovy návyky, zvyky a prožitky.

Stimulace dokáže zajistit a poskytnout klientovi podporu a umožnit mu rozvíjet vlastní identitu, aby mohl být navázán kontakt s okolím, a tím došlo k zlepšení funkční orientace v čase, prostoru a zlepšily se celkové funkce organismu.

„Koncept bazální stimulace vychází z předpokladu respektu autonomie člověka, a proto si terapeuti dávají pozor na kvalitu doteků poskytovaných v péči i na jiné prvky neverbální komunikace.“ (FRIEDLOVÁ, 2007, s. 32)

1.2.1 Vznik a vývoj bazální stimulace

Dotyk provází člověka po celý život, pohlazení, podání ruky a podpora pouhým dotykem patří u většiny lidí k příjemným momentům v životě. Léčbu dotykem popisuje Jiřina Prekop jako Terapii pevným objetím, které se využívá především u autistických dětí. I koncept bazální stimulace je založen především na dotek, vnímání a prožívání.

Vznik konceptu bazální stimulace je datován do sedmdesátých let 20. století. Prvním propagátorem byl profesor dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog SRN, který vytvořeným konceptem umožnil dětem s těžkým psychosomatickým postižením zkvalitnit prožívání i komunikaci s okolím. Koncept se postupně rozšířil do péče o člověka ve všech věkových kategoriích, pro zdravé i nemocné.

V ošetrovatelské a pečovatelské péči iniciovala koncept bazální stimulace profesorka Christel Biensteinová, která svou praxí zdravotní sestry a výzkumem potvrdila pozitivní účinky na prožívání člověka. Bazální stimulace je dnes využívána téměř ve všech kvalitních zdravotnických zařízeních, v pobytových sociálních zařízeních i domácí a hospicové péči.

V České republice v roce 2000 převzala, pro národní prostředí upravila a prezentovala PhDr. Karolína Friedlová². V roce 2004 byl koncept zařazen do učebních osnov studijního oboru zdravotnický asistent na středních zdravotnických školách. Využití konceptu ve zdravotnictví legislativně upravuje Vyhláška MZ ČR o stanovení činnosti všeobecné sestry ve Sbírce zákonů č. 424/2004, § 4 odstavec h). V rezidenčních sociálních zařízeních zavádějí koncept bazální stimulace hlavně pro zkvalitnění poskytovaných služeb klientům, ošetrovatelský personál je proškolen v rámci kvalifikačních kurzů bazální stimulace.

1.2.2 Realizace bazální stimulace

Podle Friedlové je bazální stimulace koncept, který napomáhá udržet v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání. „*Koncept bazální stimulace vychází z uvědomění, že pohyb, vnímání a komunikace se navzájem ovlivňují. Systematické používání konceptu umožňuje lidem s postiženým vnímáním a poruchami hybnosti zlepšovat jejich stav cílenou stimulací smyslových orgánů. Tím je zprostředkovaně aktivována mozková činnost, a to vede k podpoře vnímání, komunikace a hybnosti.*“ (FRIEDLOVÁ, 2007, s. 19)

U klientů je nezbytná při zahájení bazální stimulace i celková rehabilitace. Ošetřující personál, který pracuje v konceptu bazální stimulace, umožňuje člověku pomocí dotyků i určitými prvky neverbální komunikace zajistit pozitivní vnímání a prožívání. Etika

² PhDr. Karolína Friedlová – zakladatelka Institutu bazální stimulace v České republice, <http://www.bazalni-stimulace.cz/kontakt/>

konceptu bazální stimulace vychází z předpokladu respektu autonomie člověka a zajištění důstojného přístupu.

Bazální stimulaci rozdělujeme na základní a nadstavbovou stimulaci. Do skupiny **základní** patří prvky somatické – zprostředkovává vjemy vlastního těla, vestibulární – podporuje uvědomění si polohy hlavy, rotační i statické a vibrační – dochází ke stimulaci kožních receptorů a stimuluje receptory hluboké citlivosti. **Nadstavbová stimulace** zahrnuje optické – zrakové vjemy, pracuje s uloženými obrazy, auditivní – pracují s využitím sluchu, taktilně – haptické: – vkládání rukou na tělo klienta, olfaktorické – využívá vůní a pachů jako vzpomínek a orální – klient přijímá vjemy ústy, prvky.

Bazální stimulace je určena téměř všem nemocným, kteří trpí narušenou nebo omezenou schopností vnímání, poraněným, lidem v bezvědomí, nemocným s demencí, nedonošeným dětem.

1.2.3 Koncept bazální stimulace u seniorů

Přímá péče o gerontologického klienta má své specifika. Při využití konceptu bazální stimulace je pro toto životní období nutný zvýšený citlivý přístup a důležité je operativně reagovat na momentální potřeby klienta s ohledem na jeho psychický i somatický stav. Člověk v životním období stáří má přirozeně nárok na své individuální potřeby, které by měl ošetřující personál respektovat a dodržovat. Často se stává, že gerontologický klient vnímá, že zvláště mladí lidé, mají při kontaktu zábrany, někteří se dokonce až štítí dotknout těla starého člověka. Takovýto pečující by vůbec neměl být v konceptu bazální stimulace zařazen, neboť i neverbálním projevem může klienta poškodit. Aplikovat stimulaci s odporem, bez citu a lásky přináší klientovi negativní podněty, než by způsobilo pozitivní efekt.

Pro gerontologického klienta je nutné zabezpečit příjemné prostředí. Vzhledem ke křehkosti stáří by měl být prostor příjemně vytopen, doplněn oblíbenou vůní, příjemnými podněty, na které klient pozitivně reaguje (semišové látky, kožešiny, masážní molitanové míčky), nezbytná je spolupráce s rodinou i dalšími blízkými, kteří zapojují do péče. Pozitivní přínos má i autostimulace, při které člověk sám dokáže realizovat některé prvky bazální stimulace v rámci možností aktuálního zdravotního stavu

U imobilního klienta, klienta s demencí, člověka s narušenou komunikační schopností, afázií, je nutné, aby pracovník provádějící bazální stimulaci vnímal a reagoval na reakce člověka, dokázal rozeznat pocity spokojenosti, nelibosti. Příjemné pocity klient většinou reflektuje změnou dýchání, mžikáním očí, vydáváním zvuků, spontánním otevíráním očí a dutiny ústní, snížením svalového napětí, klidným a uvolněným pohledem. Při

nepříjemných podnětech pracovník registruje, že klientovy reflexe se projevují například změnou barvy obličeje, napětím, svíráním očí, slzením, sténáním, křikem, zvýšeným svalovým napětím v celém těle a tuhnoucí mimikou obličeje. (MALÍKOVÁ, 2012, s. 196)

Při profesionálním způsobu realizace bazální stimulace bylo v řadě studií ověřeno, že je pro gerontologického klienta prospěšná. V terminálním stádiu života je pro odcházejícího člověka příjemné vnímat blízkost a stimuly renomovaného ošetřujícího.

1.3 Definice dramaterapie

Dramaterapie patří k méně známým i ojediněle aplikovaným terapiím, se kterými se můžeme v běžné praxi setkat. Někteří odborníci zařazují dramaterapii jako jednu z technik arteterapie. Aplikace dramaterapie je limitována nedostatkem odborných terapeutů. Valenta (2011) vychází při popisu dramaterapie z poznatků British Association for Dramatherapists³, která popisuje dramaterapii jako metodu, která pomáhá uchopit a minimalizovat sociální a psychologické problémy, mentální onemocnění i postižení. Dramaterapie je nástrojem pro zjednodušené symbolické vyjadřování, díky kterému poznává jedinec sám sebe pomocí tvořivosti, která pojímá verbální i nonverbální složku komunikace.

„Dramaterapie je léčebně-výchovná (terapeuticko-formativní) disciplína, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti.“ (VALENTA, 201, s. 23)

1.3.1 Počátek dramaterapie

Historické prameny odkazují do antické doby, kdy paradivadelní systémy edukační i terapeutické povahy mimézně⁴ využívaly v rituálech zdramatizování života člověka. Katarktických⁵ účinků dramatu využíval Aristoteles v athénském divadle Dromokaiton. Dalším autorem, který preferoval působení dramatických prostředků na lidský organismus, byl Celius Aurelius. Dramatické a hudební žánry zařazoval mezi léčebné postupy podle typu nemoci, například pro deprese považoval za vhodnou pantomimu. Z pozdější doby se zachovaly zprávy o využívání divadla jako terapie především v Anglii a ve Francii. K českým zakladatelům dramaterapie patří jezuité a biskup Jednoty bratrské Komenský,

³ British Association for Dramatherapists – Britské asociace pro výuku Dramaterapie, v ČR má vystudováno například lektorka Ing. Veronika Hlinská – kurzy alternativních terapií

⁴ Mimeza – starořecký názor na umění jako pouhé napodobování života, příběhů.

⁵ Katarktické – Definuje profesor Kohoutek jako proces působící vnitřní očistu, přispívající k psychosociální úlevě, redukující vnitřní napětí a negativní emoční stavy.

který drama zaměřuje na edukační cíle, rozvoj kognitivních, emocionálních a konativních stránek v etické rovině.

I v dalším období docházelo k zapojení dramatu do léčebných přístupů. K nejvýznamnějším představitelům dramaterapie, kteří významně přispěli k využití terapie při práci s klientem, patřili: Jacob Levy Moreno⁶, Lauretta Benderová⁷, Eric Berne⁸.

Ve 20. století se stala dramaterapie populární disciplínou, v sedmdesátých letech byla založena profesní asociace psychodramatu v USA a Velké Británii. V Evropě zaujímala dramaterapie významné místo především na Slovensku a Maďarsku v podobě léčebné pedagogiky. K nejznámějším představitelům na Slovensku patří dramaterapeutka K. Majzlanová, J. Votrubová, H. Šíroká, M. T. Bažány, G. Dobrotka. Česká dramaterapie nemá takové odborníky ani vědeckou základnu jako Slovensko, které disponuje skvělou edukací a výcviky terapeutů v oblasti dramaterapie. U nás v současné době nabízí edukaci a výcvik několik fakult, Pedagogická fakulta v Olomouci, ateliér výchovné dramatiky neslyšících Divadelní fakulty JAMU v Brně, DAMU v Praze, kde vychovávají nové odborníky. K představitelům dramaterapie v České republice patří J. Pilátová, Z. Mikotová, M. Valenta.

1.3.2 Realizace dramaterapie

Dramaterapie patří mezi paradržadelní a terapeuticko-edukační disciplíny, jako mladý obor není ještě mezi veřejností rozšířena. Vlastní přístup ke klientovi většinou vychází z edukačně – výcvikového, empirického a filozofického zaměření terapeuta. V dnešní době můžeme zaznamenat jedenáct pojetí dramaterapie, které se liší v realizaci svým přístupem a zaměřením, podle specializace terapeuta. V praxi s klientem byly verifikovány následující přístupy: **psychodynamicky orientovaná dramaterapie** – využívá se především u neurotických poruch a poruch s etiopatogenezí v intrapsychickém konfliktu, spočívá hlavně v individuální intervenci, analýze raných traumat vytěsněných do nevědomí, **metoda Gestalt** – pracuje především s aktivním uvědomováním klienta, terapeut má nedirektivní pozici, většinou je v roli komentátora, interpretuje, co klienti dělají a u nich dochází k následnému hlubšímu uvědomování si, **princip teď a tady** – vše se děje v přítomnosti i proces vzpomínání, přehrávání rolí, práce s tělem, divadelně – **narativní orientace**

⁶ Jacob Levy Moreno (1889–1974) – rakousko-americký lékař, zakladatel sociometrie, psychodramatu a skupinové psychoterapie

⁷ Lauretta Benderová – (1897–1987) – neuropsychiatrička zabývala se dětskou schizofrenií i efektivní psychoterapií

⁸ Eric Berne – (1910–1970) – psychoterapeut, zakladatel transakční analýzy

dramaterapie – vychází ze svobodné tvorby, seberealizace a kreativity klienta, má autosanační charakter, **psychodramaticky orientovaná dramaterapie** – zpracovává hlavně obecnější témata, preferuje skupinovou práci s klientem, **antroposoficky orientovaná dramaterapie** – terapie orientovaná uměním, svébytná paradivadelní forma přístupu ke klientovi, aplikuje se především u klientů s mentální retardací nebo jiným duševním onemocněním, využívá rytmus, masky, loutky a rituály, **komunikativně zaměřená dramaterapie** – má integrativní povahu, vychází z teorií komunikace, opírá se o transakční analýzu, stavy ega, přijetí role dítě, dospělý, rodič, nejfrekventovanější teorií v práci s klientem je **integrativní⁹(eklektická) dramaterapie** – zahrnuje většinu dramaterapeutických konceptů, které terapeuti využívají pro konkrétní potíže klienta.

Dramaterapie je vhodná pro klienty s mentálním postižením, dětské klienty se somatickým i psychickým onemocněním, poruchami chování, pro seniory a další klienty, kteří chtějí synergicky zvládat symptomy různého druhu onemocnění. (VALENTA, 2011)

1.3.3 Dramaterapie se seniory

Dramaterapie má poměrně širokou klientelu, v péči o seniory má nezanedbatelné místo. Nedostatkem její realizace v přímé práci je absence zkušených terapeutů i ekonomická situace v sociálních institucionálních zařízeních, které nepokryjí náklady za realizaci dramaterapie.

Dramaterapeut, který realizuje terapii se seniory, musí být edukován v oblasti gerontopsychologie, měl by mít přímou praxi se zvláštnostmi osobnostní struktury seniora, počítat se snížením psychomotorického tempa, oploštěním emoční reaktivity, snížením úrovně vnímání a senzomotorické koordinace.

„Dramaterapie je pro seniora nejen prostředkem reedukace, kompenzace, rehabilitace, prevence, ale i smysluplnou, perspektivní a strukturovanou náplní volného času.“ (VALENTA, 2011, s. 240–241)

Při konkrétních činnostech se seniory terapeuti upřednostňují formu divadla reminiscence, aktivní hry s cílem zlepšit socializaci a orientaci klientů, pomáhat procesu akceptování vlastních fyzických omezení, vnitřních ztrát a přijmout eventualitu smrti.

Do geriodramatu jsou zařazeny konkrétní techniky, které se zaměřují na problematické situace většinou specifikované ošetřujícím pracovníkem. K nejproblematictější patří motivace k pohybu, kterou senioři negují z důvodu, že jim působí bolest a obavu z možného pádu. Hlavně institucionální zařízení vykazují alarmující údaje, že většina seniorů na pohyb

⁹ Integrativní – psychoterapeutický směr, který se snaží sjednotit různé léčebné postupy a metody, aby v praxi docházelo k zohledňování individuality klienta.

rezignovala a omezila jej na přesun z pokoje do jídelny. Dramaterapeutickou technikou dochází k přirozenému rozpohybování i imobilního člověka, pohyby pomáhají navozovat kompenzační pomůcky, míče, obruče, molitanové hady. K aktivitám zaměřeným na orientaci v realitě patří hry na místo a čas, uvědomování si prostoru, rozcvičky smyslů na různá témata. Dále pak procvičování sociálních dovedností pomocí her na posílení očního kontaktu, sebe prezentaci, úsměv. V přímé péči o seniory má dramaterapie podstatné místo a její realizace je přínosná v každém institucionálním zařízení.

1.4 Definice ergoterapie

Ergoterapie je v sociální práci rozšířená a nejvíce využívaná terapie. První definici ergoterapie vyslovila lékařka H. A. Pattisonová: „*Ergoterapie je jakákoliv mentální nebo fyzická činnost, která je jednoznačně předepsaná a prováděna za účelem přispívat a urychlovat úzdravu z nemoci nebo poranění*“. (KRIVOŠÍKOVÁ, 2011, s. 14)

Pomocí ergoterapie se nemocný člověk snaží zvládat každodenní činnosti hlavně tím, že je včleněn do jejich realizace, a to navzdory postižení nebo poruchy.

V současné době je pro profesionální přístup ke klientovi relevantní definice, kterou vydala Americká asociace ergoterapeutů (AOTA) v roce 1972: „*Ergoterapie je praktická i teoretická disciplína která vede k zapojení jedince do vybraných úkolů za účelem obnovit, posílit a zvýšit jeho výkon, facilitovat učení dovedností a funkčních činností, které jsou nevyhnutné pro adaptaci a produktivitu člověka. Dále pak zmenšit nebo korigovat patologii a podporovat a udržovat zdraví jedince.*“ (KRIVOŠÍKOVÁ, 2011, s. 16)

Pro potřeby praxe byla definice AOTA v roce 1981 rozšířena a dnes je uznávána v následujícím znění: „*Ergoterapie je využívání smysluplných činností u jedinců s fyzickým omezením v důsledku nemoci nebo poranění, u jedinců s psychosociální dysfunkcí, vývojovou poruchou nebo poruchou učení a u jedinců s problémy v provádění činností v důsledku procesu stárání. Prostřednictvím smysluplné činnosti ergoterapeut maximalizuje nezávislost jedince, předchází vzniku postižení a podporuje zdraví jedince. Praxe zahrnuje hodnocení, léčbu a konzultaci. Specifické ergoterapeutické služby zahrnují trénink všedních činností, rozvoj percepčně – motorických dovedností a funkčního zpracování senzorických informací, rozvoj herních dovedností, předpracovaných a volnočasových schopností, návrh a výrobu nebo aplikaci vybraných protetických pomůcek, výběr a trénink používání kompenzačních či technických pomůcek, využití specifických řemesel a cvičení k zlepšení funkčního výkonu, administraci a interpretaci testů, např. svalového testu, goniometrie a úpravu prostředí podle potřeb jedince. Ergoterapeutické služby se poskytují individuálně, ve skupině nebo prostřednictvím sociálního systému.*“ (KRIVOŠÍKOVÁ, 2011, s. 16)

Odborná literatura determinuje ergoterapii ještě několika popisy – například podle Světové federace ergoterapeutů (WFOT), které jsou při analýze v podstatných bodech shodné s výše uvedenou definicí.

1.4.1 Vývoj ergoterapie

Kořeny ergoterapie nacházíme v antice, ve středověku a renesanci. Hippokratés a Galén svým pacientům doporučovali fyzické cvičení jako jednu z možností, jak být zdravý. Mezi léčebné metody zařazovali jízdu na koni, zápas, rybaření, stavění domů, podporovali jakoukoliv činnost, při níž si člověk zachovává životaschopnost.

Krivošíková (2011) zmiňuje, že cílenou léčbu v podobě ergoterapie poprvé v historii zavedl francouzský psychiatr dr. Philippe Pinel, který preferoval lepší podmínky pro pacienty v psychiatrických léčebnách a zavedl pracovní léčbu s cílem zlepšit pohodu a morálku pacientů. V 18. a 19. století se pracovní léčba aplikovala hlavně v oblasti péče o duševně nemocné.

U pacientů somaticky postižených byla ergoterapie realizována v 1. a 2. světové válce ve vojenských nemocnicích, kde využívala hlavně rukodělné a řemeslné činnosti za účelem odvést práci pozornost od zranění a bolesti. V poválečné době se ergoterapie zaměřuje na léčbu porážkových stavů, aplikuje se v podobě tréninku soběstačnosti, nácviku používání protéz a zavedení pracovních činností. Ergoterapeut přizpůsoboval pracovní činnosti přesně podle aktuálních potřeb klienta a podrobně analyzoval působení ergoterapie na pacienta.

Významný posun zaznamenala ergoterapie ve 20. století, kdy došlo k mnoha významným změnám, ergoterapie je považována za „exaktní“ vědu o jejím využití je diskutováno v mnoha vědních oborech, v roce 1954 vychází první kniha o ergoterapii pod názvem „Úvod do ergoterapie v psychiatrii“.

V České republice poprvé využíval ergoterapii dr. Riedl roku 1850 v Ústavu pro choromyslné v Praze, dále Vincent Prissnitz v Lázních Jeseník, profesor Čermák v Brně, František Bakule a Augustin Bartoš v Jedličkově ústavu v Praze, dr. Hamza v tuberkulózním sanatoriu v Luži-Košumberku. Po druhé světové válce byla ergoterapie iniciována zejména v Rehabilitačním ústavu v Kladruzech dr. Kaprinem. Pozitivní přínos ergoterapie u pacientů po úrazových stavech a při celkové rehabilitaci je v sanatoriu indikován dosud.

V současné době má ergoterapie záštitu v České asociaci ergoterapeutů (ČAS)¹⁰. O rozvoj ergoterapie se nejvíce v ČR zasloužili Lucie Navrátilová, Jarmila Pěkná, Hana

¹⁰ ČAS – Česká asociace ergoterapeutů, vznikla v dubnu 1995 jako dobrovolná profesní asociace ergoterapeutů, jejímž cílem je propagovat a prosazovat zájmy ergoterapie www.ergoterapie.cz

Kolesová, Jiřina Špičková, Eva Klusoňová, Marie Vítková, Olga Hluchníková, Věra Pitřmanová, profesor Jan Pfeiffer a docent Jiří Votava. (KRIVOŠÍKOVÁ, 2011)

1.4.2 Realizace ergoterapie

Ergoterapie je složitý proces, který je realizován na základě mnoha nezbytných vyšetření pro konkrétního člověka. Specifický plán, který terapeut předkládá klientovi za účelem léčby, má základní kroky: příjem hodnocení (obsahuje screening i vyšetření), plánování léčby (léčba zahrnuje pravidelné opakování a hodnocení) a propuštění. Ergoterapeut při vstupním pohovoru je povinen zjistit všechny dostupné informace, které je klient ochotný v rámci rozhovoru poskytnout. O realizaci terapie rozhoduje zdravotní stav klienta, na jehož základě je sestaven terapeutický program s určitou mírou náročnosti a intenzitou zapojení klienta do jednotlivých pracovních činností.

Po důkladné sumarizaci a analýze všech dostupných údajů dochází k plánování ergoterapeutických činností a zvolení metod, které jsou vhodné pro zlepšení somatické i psychické pohody klienta. Ergoterapie nesmí být klientovi nařízena nebo vnucována, výběr aktivit a dalších prostředků, které budou využívány, by měly mít konkrétní, srozumitelné, měřitelné a realistické cíle.

Ergoterapie je realizována v ergoterapeutické místnosti, využívá specifické pomůcky pro konkrétní terapeutický proces, terapeut se drží předem naplánované strategie, dodržuje časové plány a sleduje senzomotorické, kognitivní a psychosociální reakce klienta na terapeutický proces.

Ergoterapie je vhodná pro všechny věkové skupiny klientů s rozličnými typy onemocnění. (KRIVOŠÍKOVÁ, 2011)

1.4.3 Ergoterapie se seniory

Člověk v životním období stáří, má většinou za sebou plnohodnotný život, který byl ve svých jednotlivých etapách naplněn prací, měl své pracovní návyky, zvyklosti, profesní prestiž a uznání. V průběhu let za sebou zanechal to, co léta budoval, na čem si zakládal a co ctil. S příchodem stáří dochází k určitému úbytku fyzických i duševních sil, které mají za následek i ztrátu pracovních návyků. Zvláště institucionální zařízení, která poskytují klientům jistý materiální komfort, vykazují rizikový faktor jisté nečinnosti klientů.

Ergoterapie je pro seniory nenásilná forma zapojení se do všedních činností, upevňuje sociální vazby a minimalizuje sociální izolaci. Ergoterapeut předkládá klientovi ucelený plán realizace individuální i skupinové terapie, který vychází z individuálních zájmů a potřeb klienta.

K nejoblíbenějším a nejrozšířenějším ergoterapeutickým činnostem seniorů patří pracovní činnosti spojené s přírodou – například přesazování květin, práce na animačních zahrádkách, které jsou uzpůsobeny i pro imobilní klienty, vaření, pletení košů, skládání prádla, motání vlny, páření svetrů. Konkrétní terapie vychází z možností institucionálního zařízení nebo domácnosti, protože některé ergoterapeutické pomůcky mohou být ekonomicky nákladné a zatěžující.

1.5 Deskripce reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie patří k nejznámějším a nejrozšířenějším terapiím nejen mezi odborníky, ale i u laické veřejnosti. Reminiscenční terapii definuje mnoho autorů. Na základě předpokladu Špatenkové, Bolomské (2011, s. 21) vychází mnohé definice z několika teorií například Janečkové a Vackové, které nazírají na reminiscenční terapii jako vybavování si událostí ze života. Špatenková, Bolomská se přiklání k následujícímu vymezení: „*Reminiscenční terapie je proces, při kterém je ve skupinách podporováno vzpomínání na příjemné minulé události. Jako impuls k navození vzpomínání mohou sloužit staré fotografie, filmy, hudební nahrávky apod. a členové skupiny jsou podporováni v konverzaci týkající se těchto stimulů.*“ (ŠPATENKOVÁ, BOLOMSKÁ, 2011, s. 21)

Malíková (2012, s. 238) popisuje reminiscenci jako techniku záměrného řízeného vyvolávání a vedení vzpomínek klienta a podporování jejich rozvoje.

1.5.1 Vývoj reminiscence

V padesátých letech minulého století byla práce se vzpomínkami u gerontologických klientů považována za nevhodnou. Tradovalo se, že vzpomínat a ohlížet se do minulosti nepřináší člověku nic dobrého. Špatenková, Bolomská (2011, s. 19) popisují, že na reminiscenci bylo nahlíženo jako na nezdravou introspekci, které podporuje negativní vnímání procesu stárnutí.

K etablování reminiscence došlo až v polovině sedmdesátých let minulého století zásluhou Roberta Butlera¹¹, který svou teorií rekapitulace života položil základ reminiscenční terapii. Polovina osmdesátých let 20. století přinesla vzestup využití reminiscence, zvláště v institucionálních zařízeních. V letech 1978–1979 pod záštitou britského ministerstva zdravotnictví a sociálních věcí byl zrealizován Projekt pro vytvoření reminiscenčních pomůcek, jehož výsledkem bylo vytvoření šestidílné série diapozitivů a magnetofonových záznamů nazvaných Vzpomínka.

¹¹ Robert Butler – americký gerontolog, zakladatel metody životního bilancování, podporoval práci se vzpomínkami pacientů

K novodobému pohledu využívání reminiscence při práci s klientem dochází v 80. a 90. letech 20. století zejména ve Velké Británii a v Americe. V roce 1996 byl v Americe založen Institut pro reminiscenci a rekapitulaci života. V Evropě došlo k podpoření reminiscence v roce 1993 založením evropské reminiscenční sítě. V České republice se stalo iniciátorem propagace reminiscence občanské sdružení JOB¹², především přičiněním Informačního centra Rašovice. Hlavními propagátory reminiscence v ČR jsou Tatjana Kašlíková, Karel Kopřiva, Iva Holmerová, Hana Janečková a Marie Vacková. (ŠPATENKOVÁ, BOLOMSKÁ, 2011, s. 20)

1.5.2 Realizace reminiscence

Reminiscenční terapie je realizována v různých formách a využívá řadu metod, které se vzájemně prolínají a podporují. Podoba konkrétní reminiscenční techniky je realizována na základě sociální analýzy potřeb konkrétního klienta. Kategorizace forem reminiscence popisuje reminiscenci obecnou a specifickou. Obecná reminiscence zahrnuje činnosti předem naplánované, při nichž je využívána řada reminiscenčních pomůcek, které podněcují vzpomínky. Specifická reminiscence využívá pečlivě zvolené, cílené přesně specifické pomůcky. Specifická reminiscence pracuje s individuálně zvolenými pomůckami, které patřily konkrétnímu klientovi. Specifická reminiscence je využívána především při interakci se seniory s demencí, s depresí nebo poruchami chování.

Reminiscenční terapii rozdělujeme podle intencionality na individuální skupinovou reminiscenci. Skupinová reminiscence je realizována v neformální a formální rovině.

Specifickým znakem individuální reminiscence je, že se terapeut věnuje pouze jednomu klientovi. Při vzájemných interakcích dochází ke vzájemným přenosům a sdělením. Terapie klade na vysoké nároky na profesionalitu terapeuta, při opakujičích se interakcích hrozí nebezpečí vytvoření emoční závislosti klienta na terapeutovi. Pozitivní stránky individuální reminiscence spatřuje Špatenková v respektování osobnosti klienta, který je díky terapii vnímán jako jedinečná, neopakovatelná lidská bytost, která má své jedinečné vzpomínky, které lze reflektovat podle osobního tempa.

Specifika skupinové reminiscence interpretují především institucionální zařízení. V kolektivním soužití rozeznáváme formální a neformální. K neformálním skupinovým reminiscencím, dochází spontánně, nenuceně, neplánovaně při neformálních interakci jednotlivých členů sociální skupiny, například při podávání jídla, v čekárnách lékaře. Neformální reminiscence jsou otevřeny všem přichozím, může se zapojit každý, kdo je

¹² JOB – občanské sdružení založeno v roce 1998, seskupení lidí, kteří se podílejí na systémovém vývoji i praktické subvenci a transformaci sociálních služeb a školského systému v ČR.

přítomen. Nutné je zabezpečit příjemnou komunikační atmosféru a minimalizovat hrozby plynoucí s otevřením bolestivých témat.

Formální skupinová reminiscence je předem naplánována, sestavena, kompletována podle koncentrace sociálních vazeb klientů. Facilitaci formální skupinové reminiscence zajišťuje terapeut, který musí vždy pružně, citlivě a promyšleně reagovat na měnící se klima skupiny při předkládaných reminiscenčních tématech.

Pro reminiscenci se používají různé pomůcky a prostředky, které mají za cíl pozitivně podněcovat vzpomínání. K nejfrekventovanějším pomůckám patří fotografie, novinové články, hudební nahrávky, dobové předměty, oblečení, nádobí.

Reminiscenční terapie pracuje především se vzpomínkami člověka, proto je její aplikace vhodná pro cílové skupiny seniorů s různým typem onemocnění, dále pro klienty, kteří prodělali CMP, nebo pro lidi, kteří prodělali kóma a trpí dočasnou ztrátou paměti. (ŠPATENKOVÁ, BOLOMSKÁ, 2011, s. 29–37)

1.5.3 Reminiscence se seniory

Nejcennějším majetkem, který člověk má, jsou jeho vzpomínky. Vzpomínky nás provázejí celým životem, zanechávají v nás pozitivní emoce, ale dokážou i zraňovat. Reminiscenční terapie pracuje se vzpomínkami, které si klient dochoval, nebo které je možné pomocí různých prostředků vyvolat, oživit. Při práci se seniory je využití vzpomínkové terapie nejpoužívanější, nejefektivnější i nejoblíbenější formou terapie. Matoušek (2013, s. 288) zařazuje mezi stěžejní metody reminiscence se seniory rozhovor na různá témata dotýkající se hlavně příjemných okamžiků v životě člověka, jeho získaných životních zkušeností a realizovaných aktivit.

Reminiscenční techniky jsou pro institucionální zařízení i jednotlivce relativně snadno dostupnou metodou, která přináší rychlý efekt, přesto je nutné při její realizaci zvláště u seniorů, dbát na dodržování důstojnosti, zamezit možnému infantilnímu přístupu, ageismu ze strany terapeuta, zajistit dostatek času a prostoru, umět vyslechnout a případně empaticky ošetřit nepříjemné vzpomínky. Reminiscenční terapeut při práci se seniory musí dbát na etická pravidla, umět naslouchat seniorům a dokázat se vcítit do jejich obav, starostí i radostí. Efektivně reagovat a následně rozpoznat potřeby seniorů s cílem zajistit neoptimálnější podmínky pro spokojené stáří.

Matoušek (2013, s. 289) klade důraz na skutečnost, že reminiscenční terapie nesmí zacházet daleko, aby nevyvolala příliš traumatizující zážitky, které by terapeut nedokázal optimálně zpracovat a ošetřit. Reminiscenci musí být seniorům zajištěno psychologické bezpečí a při rekapitulaci dosavadního života seniora musí být zohledněny pozitivní

momenty. Terapeuti při reminiscenci se seniory využívají aktivity s fotografiemi, hudbou, kalendáři, dobovými fotografiemi a předměty, které vybírají a zapojují do terapie podle konkrétní individuální sociální anamnézy klienta.

1.6 Muzikoterapie, taneční terapie

Muzikoterapie a taneční terapie patří k sestřiným terapiím, proto jejich deskripci uvádím společně. Muzikoterapie je terapie, která využívá k léčebnému, pozitivnímu účinku různé žánry hudby. Tanec je s hudbou úzce spojen a obé přináší člověku osvobozující, uvolňující pocit.

Hartl, Hartlová (2004, s. 331) definují muzikoterapii jako způsob léčení hudbou. „*Jde o psychoterapeutickou techniku, která navozuje pomocí hudby zážitky, které pacienta, nebo klienta přeladují do lepšího stavu, muzikoterapie je též využívána k odkrývání pacientova nevědomí, je používána především u léčby neuróz, řidčeji u psychóz po odeznění, odléčení aktuálního stavu a za účelem terapeuticko-relaxačním. Muzikoterapie aktivní využívá zpěvu, práci s hlasem a hry na různé nástroje nebo předměty, s nimiž lze vyjadřovat alespoň rytmus, často je využíváno Orffovo instrumentárium¹³, kdy se pomocí zvuku vyjadřují pocity, vztahy k sobě samému, k druhým lidem, pocity radosti, žalu. Muzikoterapie receptivní uskutečňuje se poslechem vybraných úryvků klasické i jiné hudby s následnou diskusí o prožívaných pocitech, hudba může souznít s náladou a pocity pacienta, v případě nepříjemné nálady se lze pomocí hudby přeladit. Hudba vždy vyvolává silné emoce, lze o nich hovořit, vyjádřit je kresbou ne. Pasivní muzikoterapie se často spojuje s relaxací.*“ (HARTL, HARTLOVÁ, 2004, s. 331)

Taneční terapie je spojena s historií lidstva od samého počátku. Tanec pomáhá člověku redukovat úzkost, překonat to co nejde překonat jinak a vytváří pozitivní asociace. Tanec je definován jako fenomén, kulturní, umělecký, antropologický, zjemňující, obohacující, povznášející lidskou duši i komunikaci. Účinky tance využívají terapeuti v různých etapách lidského života.

1.6.1 Vnik taneční terapie a muzikoterapie

Vznik taneční terapie je připisován čtyřicátým letům 20. století v USA. Terapie je založena na moderním výrazovém tanci, který podporuje symbolické vyjádření osobních

¹³ Carl Orff – (1895–1982) německý skladatel expresivní hudby a pedagog, v pedagogické práci preferoval spojení hudební výchovy s výchovou pohybovou, hudby s pohybem a akcí. Orffovy nástroje tvoří zvonkohry, xylofony, metalofony a mnohé malé bicí nástroje, které společně se zobcovými flétnami a smyčcovými nástroji doprovázejí dětský zpěv a tanec. Orffovo instrumentárium tvoří nástroje aplikované již ve středověku, nejsou moderní, ani staromódní. Znají „jinak“, ale ne cizí.

emocí a zážitků. První terapeutkou se stala Franziska Boasová, která intuitivně vycítila možný léčebný efekt tance a od roku 1941 věnovala péči psychotickým dětem v nemocnici Bellevue v New Yorku. Roku 1942 Marian Chaceová zakládá tanečně terapeutický směr a v roce 1966 vzniká Asociace americké taneční terapie (American Dance Therapy Association – ADTA). „ADTA definuje terapii jako terapeutické užití pohybu k dosažení emoční a fyzické integrace jedince.“ (DOSEDLOVÁ, 2012, s. 77)

V Evropě dochází k realizaci taneční terapie v osmdesátých letech minulého století, v letech 1981–1993 pařížská Sorbonna otevírá kurz na téma Tanec a psychoterapie, tento kurz dal podnět k založení Francouzské společnosti pro psychoterapii tancem. Nezávisle na Francii vzniká po dlouhodobém výzkumu léčebných účinků tance na člověka v Mnichově Evropská asociace taneční a pohybové terapie, která si klade za cíl garantovat profesionální standardy praxe tanečních terapeutů a napomáhá spolupráci mezi odborníky v různých zemích. V České republice je taneční terapie na profesionální úrovni využívána hlavně po roce 1999. Za prvního iniciátora taneční terapie v ČR lze považovat Duncan centre Praha¹⁴, kde proběhl první tříletý výcvik v tanečně pohybové terapii. V roce 2002 došlo k založení České asociace taneční a pohybové terapie TANTER. Taneční terapie je úzce spjatá s hudbou, taneční terapie a muzikoterapie jsou realizovány většinou současně.

Vliv hudby na člověka datují již prastaré historické záznamy, přesto je vymezení muzikoterapie jako samostatné terapie poměrně mladým oborem. Muzikoterapie se začala rozvíjet hlavně po druhé světové válce, výzkumem jejího pozitivního působení na člověka se zabývali hlavně terapeuti v USA a Kanadě. K propagaci muzikoterapie přispěly hlavně školy, vzdělávací centra a další neziskové organizace.

V Evropě se první zmínky o muzikoterapii datují do padesátých a šedesátých let minulého století. Zeleiová (2007) udává vznik muzikoterapie v České republice až do roku 2004–2006. Prvním muzikoterapeutem na našem území byl Joseph J. Morena, který pořádal vzdělávací semináře.

Současná muzikoterapie je považována za vědeckou disciplínu, využívá ji téměř čtyřicet zemí na různém stupni aplikace. V České republice jsou realizovány tematické semináře a muzikoterapeutické aktivity pouze jako součást kurzů neverbálních technik. Samostatný výcvik v muzikoterapii je v odborné podobě uskutečňován jen okrajově a není legislativně ošetřen pro zařazení do sociální práce.

¹⁴ Duncan centre – Pražská konzervatoř, zařazena do sítě státních škol, zaměřuje se na výuku tance a realizuje i kurzy taneční terapie.

1.7 Prezentace ostatních realizovaných terapií

Předešlé kapitoly charakterizují nejznámější a nejvyužívanější terapie. V sociální práci vstupuje aktivně do profesionálního sociálně – ošetrovatelského procesu celá řada dalších neméně úspěšných a pro klienta pozitivních aktivizačních terapií, které jsou reciprocitní. Z hlediska poskytování kvalitní sociální práce bych považoval za nezbytné, aby sociální pracovníci i pracovníci v sociálních službách byli seznámeni se základní explikací méně známých aktivizačních terapií. Následující podkapitoly stručně popisují některé další specifické aktivizační terapie, které napomáhají žádoucím pozitivním změnám přispívajícím k celkové pohodě klienta.

1.7.1 Preterapie

Matoušek, Janečková (2013, s. 275–276) definují preterapii jako metodu, která je specifická pro péči o člověka s nejtěžším postižením – depresemi, schizofrenií, hlubokým mentálním postižením, autismem, demencí. Hlavním momentem metody je pozorování, které slouží ke slovnímu, zvukovému a pohybovému reflektování člověka. Terapeut směrem k pacientovi zpětně zrcadlí, co vnímá, a to v rovině verbální i neverbální. Terapeut při této metodě uplatňuje tři základní principy práce: bezpodmínečné přijetí klienta, empatický přístup, kongruentní sdílení.

Autorem preterapie je Američan Garry Prouty, humanisticky orientovaný psycholog a psychoterapeut, který na základě studia rogersovské psychoterapie vychází v terapii z existenciální empatie a existenciálního kontaktu se světem a se svým „já“ v interakci s druhými lidmi.

Při realizaci preterapie je nutné, aby terapeut byl ochoten naslouchat klientovi a chtěl mu pomoci. Terapeut při odborné práci s klientem zachovává empatický, nedirektivní, nehodnotící, konkrétní a realistický přístup. (PROUTY, 2005, s. 195)

Při sociální práci se seniory je preterapie v běžných institucionálních zařízeních aplikována ojediněle z důvodu malého počtu odborně edukovaných pracovníků. Přitom je samotná realizace preterapie u gerontologického klienta, zvláště pokud trpí demencí, velice prospěšná, v přímé obslužné péči jsou zaznamenány a vykazovány velice dobré výsledky. Malíková (2012, s. 249) zmiňuje, že metoda preterapie umožňuje podporu klienta se speciálními potřebami v jeho každodenním životě, zdůrazňuje přínos preterapie nebo preterapeutického přístupu pro zmatené starší osoby, kterým přináší lepší orientaci v čase i prostoru, zvládání každodenní sebeobslužné činnosti, snižuje úzkost a zvyšuje důvěru a porozumění mezi klientem a ošetřujícím personálem.

1.7.2 Validací terapie

Validační terapii definuje Malíková (2012, s. 239) jako metodu, která je především určená pro klienty s demencí. Základní poznatky o validaci uvádí, že chování osoby s demencí má svou příčinu v nevyřešitelných a nezpracovaných emočních zážitcích a událostí z minulosti. Podstata metody je postavena na validaci – hodnocení, potvrzení příčiny nemoci klienta.

Do validačního procesu vstupuje v přímých interakcích klient a pečující, na kterém hlavně záleží, jak bude validace realizována. Cílovou skupinu tvoří především klienti, kteří jsou starší osmdesáti let a nemají v diagnóze psychiatrické onemocnění, jejich dezorientace vznikla především z kombinace tělesných, psychických a sociálních změn.

Autorkou validační terapie je sociální pracovnice Naomi Feilová¹⁵, která letitým výzkumem a analýzou poznatků sestavila ucelenou filozofii přístupu k člověku s demencí.

Malíková uvádí: „Validace znamená poskytování komplexní péče o seniora s demencí jako bio-psycho-sociální jednotce na základě zjištěných potřeb. Validaci je možné používat jako cílený způsob, který systematicky vede klienta a pomáhá mu objevit a zpracovat jeho prožitá traumata, nebo validační přístup uplatňovat v každodenní péči opírající se o respekt ke klientovi a porozumění pro jeho životní příběh.“ (MALÍKOVÁ, 2012, s. 244)

V moderním kontextu sociální práce je potřeba zvýšit aplikaci validační terapie v přímé péči o klienta zvláště v domovech se zvláštním režimem. Seniori, kteří trpí stařeckou demencí, potřebují dožít v prostředí, které jim bez ohledu na jejich stav a situaci, ve které se momentálně nacházejí, zajistí důstojnost a hodnotu vlastní identity. Validací přístupy pomáhají člověku důstojně odejít, mít v sobě vše vyřešeno, a to i vzhledem ke svému zdravotnímu stavu. Personál, který je zapojený do validačního procesu, vytváří pro klienta morální podporu, zvládá řadu technik, metod, a hlavně je ochoten změnit přístup ke klientovi. Pracovník aplikující validační terapii se musí oprostit od nadřazenosti, direktivity, nechápajícího a neosobního přístupu. Ke klientovi je potřeba přistupovat s pokorou, empatií, uznáním, láskou a rozvíjet emoční inteligenci.

Validační proces probíhá ve třech částech: mise, poloha, technika. Ve fázi mise dochází ke sběru informací, nejčastěji od rodinných příslušníků, příbuzných, přátel i osob blízkých, dále k pozorování klienta, a to především jeho neverbálních projevů. Fáze poloha se zaměřuje na určení etap změny, což je podstatným momentem pro dosažení vytýčených cílů validace. Hlavní roli zaujímá volba komunikačních modelů a přístupů. Správná volba

¹⁵ Naomi Feilová – americká profesorka sociálních věd a gerontoložka.

technik je zásadní pro pozitivní účinek validace na seniora v různém stádiu demence. Při fázi technika, v přímých interakcích s klientem, využívá terapeut jednotlivých krátkých validačních přístupů v opakujících se intervalech několikrát denně s cílem zajistit pohodu a komfort klienta v bio-psych-sociální a spirituální rovině. (MALÍKOVÁ, 2012, s. 244)

1.8 Terapie zaměřená na člověka

Precizovat terapii zaměřenou na člověka vyžaduje studium odborné literatury Carla Rogerse, který je považován za průkopníka a zakladatele poradenství zaměřeného na člověka. Na základě Rogersových předpokladů je ústředním faktem terapie skutečnost, že klient sám nejlépe ví, co jej zraňuje, kde jsou jeho bolestivá místa, identifikuje, co mu pomáhá a v konečném řešení nalézá cestu vpřed. Terapie zaměřená na člověka je poměrně mladá terapie, v České republice byla odborně popsána v roce 1997 po založení Světové asociace na člověka zaměřené a zážitkové psychoterapie a poradenství v Lisabonu.

V praktickém využití vychází terapie zaměřená na člověka z koncepce, která nejprve popisuje klientovy problémy, následně dává prostor pro procesy a dialogy klientova „já“, jež charakterizuje zpracovávání životních zážitků a přechází v existenciální procesy, při jejichž prozkoumávání nalézá terapeut základní aspekty existence problémů. Při terapii je nutné, aby terapeut využíval aktivní naslouchání, respektoval klientovo přijetí, neustále rozvíjel empatii a budoval „zdravý vztah“ mezi terapeutem a klientem. (MEARNS, BRIAN, 2013, s. 39–45).

Využití terapie v sociální práci má v praxi spíše informační funkci, pečující, kteří v přímých interakcích vstupují do ošetrovatelského procesu, mohou využitím poznatků z terapie zaměřené na člověka zkvalitnit ošetrovatelský proces a pomoci klientovi přijmout životní situaci, ve které se nachází. Terapie zaměřená na člověka přináší zvýšená rizika na pečujícího, protože hrozí nadměrný altruismus¹⁶, může se projevit mesiášský komplex a dojít k syndromu vyhoření z přílišného vcítění se do klientových potíží.

Při deskripci terapie zaměřené na člověka považují za důležité zmínit se i o **terapii důstojnosti** (terapie zaměřená na podporu lidské důstojnosti), kterou prezentuje profesor Max Chochinov. Důstojnost člověka v pomáhajících profesích je diskutabilní téma, odborníci, kteří dlouhá léta vstupují každodenně do přímé obslužné péče, jsou vystaveni nebezpečí, že se jejich práce stane „*manuální rutinou*“ a na klienta se dívají jako na věc („*co tu leží, a ne kdo tu leží*“). Tato skutečnost přináší oslabení důstojnosti člověka,

¹⁶ Altruismus – A. Comte (1798–1857, francouzský filozof) – nesobecký charakter mezilidských vztahů, láska pro blaho druhých, nebo také sebezničující, sebe oslabující chování prováděné ve prospěch druhých (HARTL, HARTLOVÁ 2004, s. 33)

především člověka imobilního, který se stává bezmocným a který je plně odkázaný na vůli druhého. Vědomí vlastní důstojnosti klienta souvisí s přístupem ošetřujícího personálu, proto by měla být terapie důstojnosti respektována a využívána všemi členy ošetřujícího týmu s cílem dokázat vidět v každém člověku jedinečnou, neopakující se osobnost, která má právo dožít důstojným životem.

Zpráva o přednášce prof. Harvey Max Chochinova: „Dignity“ terapie – praktický přístup k zachování důstojnosti a smyslu v závěru života. *Asociace nemocničních kaplanů* [online]. 2013 [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <http://www.nemocnickaplan.cz/clanek/113-Zprava-o-prednasce-prof-Harvey-Max-Chochinova-Dignity-terapie-prakticky-pristup-k-zachovani-dustojnosti-a-smyslu-v-zaveru-zivota/index.htm>

1.9 Zooterapie

Kontakt se zvířetem je pro člověka přirozeným aktem. Zvíře provází člověka od pradávných dob, slouží mu k užitku, ale stává se i jeho pomocníkem, společníkem, průvodcem a mnohdy i partnerem. Využití zvířete pro zefektivnění a zkvalitnění poskytované péče člověku přináší zooterapie.

Doležal (2009, s. 20) definuje zooterapii následovně: „*Výklad pojmu zooterapie není jednoznačný, a to i z důvodu vztahu k humánní medicíně. Jde o nový obor, ve kterém jsou činnosti se zvířaty využívány při práci s cílovými klienty z řad zdravotně znevýhodněných osob, s handicapem fyzickým nebo duševním*“.

Zooterapii můžeme popsat i jako pozitivní vliv zvířete na člověka s cílem dosáhnout zlepšení somatické i psychické pohody člověka. Zooterapii rozdělujeme podle využití konkrétního zvířete na typy:

- **canisterapie** (využití kontaktu psa a člověka k léčebným účelům), pes je v terapii využíván v individuální i skupinové formě. Canisterapie pomáhá stimulovat jemnou i hrubou motoriku, rozvíjí verbální i neverbální komunikaci, zlepšuje orientaci, pomáhá snižovat úzkost, depresi. Asistenční a vodící psi slouží jako kompenzační pomůcka, Laická canisterapie využívaná především v institucionálních zařízeních pro seniory podporuje adaptační mechanismus a tlumí citové ztráty a stesk, který klient může pociťovat při rozloučení se svým zvířetem, na které byl v domácím prostředí zvyklý.
- **hiporehabilitace, hipoterapie** (léčba koněm), historicky nejstarší zooterapie, která využívá pohybu koně jako léčebného účinku především pro klienty s nemocemi pohybového aparátu, roztroušenou sklerózou, dětí s mozkovou obrnou a klienty s lehčím typem mentálního postižení. Hipoterapie je realizována na vybraných koních, kteří prošli speciální drezurou a mají klidnou povahu,

- **felinoterapie** (terapie prostřednictvím kočky), při terapii dochází k přímému kontaktu kočky s klientem s cílem zlepšit emoční prožitky klienta, procvičení hrubé i jemné motoriky, posílení adaptačních mechanismů. Zapojení kočky do terapie může terapeut realizovat téměř u všech věkových kategorií klientů na základě individuálního posouzení a zhodnocení zdravotního stavu,
- **ornitoterapie** (využití ptáků), do terapie jsou zapojeni hlavně papoušci. Přítomnost ptáka pozitivně působí na lidskou psychiku, minimalizuje pocity pasivity i deprese. Papoušek je vhodný u klientů s Alzheimerovou chorobou a gerontopsychiatrických onemocněních,
- **terapie pomocí malých zvířat** – malá zvířata mají v zooterapii spíše podpůrný terapeutický účinek. Do terapeutického procesu jsou zapojovány především některé druhy: králíci, činčily, morčata, u kterých byl prokázán pozitivní efekt na lidskou psychiku. Chov králíků v domovech pro seniory vytváří pracovní náplň pro ergoterapeutický proces. I volně žijící zvířata přináší klientům pozitivní interakce, které přispívají k zvládnutí zatěžujících životních momentů a přinášejí prvky relaxace.

Zooterapie vykazuje pozitivní výsledky při jejím zapojení do péče o gerontologického klienta. Přítomnost živého tvora snižuje pocit osamocení, pomáhá i omezovat negativní nálady, v některých případech zmírňuje i somatické symptomy.

Z ekonomického hlediska je mnohdy realizování zooterapie pro klienty zatěžující, je potřeba volit alternativy, které by dokázaly umožnit klientovi alespoň její občasnou realizaci.

2. Sociálně zdravotní aspekty stáří

„Stáří se nevysmívej, vždyť k němu směřuješ“. (Menandros)¹⁷

Životní etapa stáří přináší člověku řadu významných změn. Člověk má většinou za sebou plnohodnotný život, který mu přinesl životní zkušenosti, moudrost, umění bilancovat, rekapitulovat své úspěchy i prohry. Dokáže předávat poznatky mladým, kteří by jej měli respektovat, ctít i přesto, že individuálně dochází k úbytku fyzických i psychických sil.

Stáří je jednou ze životních etap člověka, ale ne každý člověk do gerontologického věku dožije. V odborné literatuře je zaznamenána celá řada definic, které popisují tuto životní etapu. Kalvach (1997, s. 18) definuje stáří jako *„poslední fázi ontogeneze, přirozeného průběhu života.“* Haškovcová (1990, s. 58) charakterizuje stáří: *„jako přirozené období lidského života, vztahované k životnímu období dětství, mládí a době zralosti. Připomíná, že stáří není nemoc, ale přirozený proces změn, které trvají celý život, ale více zřetelné jsou až v pozdějším věku.“*

Hartl, Hartlová (2004, s. 562) popisují stáří jako *„konečnou etapu geneticky vyměřeného trvání života.“*

„Obecně je stáří definováno jako hromadění různých škodlivých změn, k nimž dochází v buňkách a tkáních s narůstajícím věkem a které jsou zodpovědné za zvýšené riziko onemocnění a úmrtí. Různost teorií nabízí možnost vysvětlení procesu stárnutí z různých aspektů. Biologické teorie tvoří jednu ze dvou hlavních skupin teorií, druhou skupinou jsou sociální teorie stárnutí.“ (ONDRUŠOVÁ, 2011, s. 14)

O životní etapě stáří se ve společnosti mnoho nediskutuje. Stáří v mnoha lidech evokuje představy, že člověka v tomto období provází bezmoc, nemohoucnost, somatické potíže, psychické poruchy, ztráta prestiže, úpadek kognitivních funkcí, zánik fyzické krásy. Ve společnosti jsou prezentováni mladí, krásní a úspěšní lidé. Stáří je devalvováno a příprava na stáří ve společnosti abstinuje. *„Moderním trendem“* je institucionalizace starých lidí v mnoha kapacitních zařízeních, která v některých případech vyvolávají v mladých lidech nelibost až odpor.

Člověk by se měl na stáří připravovat po celý život preventivními programy na podporu zdravého přijetí stárnutí a stáří, eliminovat negativní chápání a obavy z úbytku soběstačnosti, seberealizace, strachu z ponížení, ze ztráty lidské důstojnosti, respektu a nesoběstačnosti. Ve společnosti by se mělo zamezit absenci kontaktů dětí se seniory. Lidé by si měli uvědomit, *„že každý konec má svůj začátek a každý začátek má svůj konec“*.

¹⁷ Menandros Zathén, 341–292 př. n. l. – antický řecký dramatik

2.1.1 Věkové kategorie v životě člověka

Život člověka provázejí různá životní období. Světová zdravotnická organizace (WHO) vychází z patnáctiletých věkových cyklů, které popisuje následující rozdělení:

- 30–44 let dospělost,
- 45–59 let střední věk (zralý věk),
- 60–74 let senescence (počínající, časná stáří),
- 75–89 let patriarchum (dlouhověkost).

Další, v současné době často interpretované členění stáří podle Mühlpachra, který uvádí:

- 65–74 let mladí senioři (problematika penzionování, volného času, aktivit),
- 75–84 let staří senioři (změna funkční zdatnosti, atypický průběh nemoci),
- 85 let a více velmi staří senioři (problém soběstačnosti a zabezpečení).

Determinace jednotlivých životních období prezentuje výzkumem prokázané změny, které jsou pro dané věkové období typické, ale vždy je nutné vycházet z jedinečnosti každého člověka, jeho prožívání, psychické kondice i genetické výbavě. (MALÍKOVÁ, 2012, s. 14)

2.1.2 Základní terminologie zdravotně sociální práce

Ve stáří dochází v životě člověka ke změnám, které vyžadují odbornou pomoc a péči. V minulém století nedocházelo k propojení jednotlivých rezortů, které se zaměřovaly na péči a pomoc člověku ve stáří. Zdravotní péče probíhala izolovaně v kompetenci Ministerstva zdravotnictví a sociální péče se ztrácela, byla utlačena. V 90 letech minulého století poukazují odborníci na nutnost kooperace obou rezortů. Péči o člověka je potřeba realizovat celostně.

„Zdravotně sociální práce je určena zejména lidem nemocným, kteří v souvislosti s nemocí potřebují speciální sociální pomoc či péči. Každá nemoc představuje pro člověka svým způsobem specifickou životní situaci. Naštěstí jen některé komplikují život člověka a jeho blízkých do té míry, že je možno hovořit o objektivně náročné životní situaci.“ (KUTNOHORSKÁ, CICHÁ, GOLDMANN, 2011, s. 26)

Zdravotně sociální práce integruje principy sociálních a zdravotních konceptů péče o klienta, zvláštní specifika vykazuje péče o gerontologického klienta. Zdravotně sociální pracovník by měl znát etické principy, které zahrnují: advokacii, autonomii, cílevědomost, důstojnost, důvěrnost, mlčenlivost, prospěšnost, solidaritu, společné dobro, spravedlivost.

Člověk, který se ocitl v životní etapě stáří, si přeje prožít tzv. aktivní stáří s co nejmenšími zdravotními potížemi. Pokud dojde k prodělání nemoci, která přinese ztrátu

soběstačnosti, nezbyvá než využít odbornou pomoc. Ve společnosti stále ještě převažuje trend minulé doby, že zvláště staří lidé vnímají lékaře jako autoritu, kterou je nutné respektovat. Na zdravotní péči o seniory mám trochu kritický pohled, neboť jsem se v průběhu sběru dat šetření setkal s několika momenty, kdy byl v nemocničním prostředí senior odkázán na „dobrou vůli“ ošetřovatelů, kterých je mnohdy nedostatek, a pokud se senior stane imobilním, často strádá. Do systému vstupují ještě i finanční aspekty péče, například místo plen jsou senioři zacévkováni, aby „neobtěžovali“ přílišným zvoněním, častým převlékáním lůžka. V průběhu a po ukončení zdravotní péče funguje v procesu sociálně zdravotní pracovník, který většinou nemá u klientů v praxi takovou důvěru a není autoritou jako lékař. Zdravotně sociální pracovník má za úkol řešit sociální situaci klientů o které se nemůže postarat rodina a kteří se v důsledku nemoci stali imobilními a nemohou se o sebe postarat ve svém přirozeném prostředí.

Zdravotně sociální pracovník má řadu kompetencí, jedná s klientem, s rodinou, blízkými, stará se o administrativní záležitosti spojené s léčbou, ale i sociálními jistotami klienta, měl by umět poradit, znát problematiku sociální práce a umět ji aplikovat s cílem zajistit pro klienta po ukončení zdravotní péče takovou podporu a pomoc, aby klient nestrádal a žil plnohodnotný, důstojný život. Zdravotně sociální pracovník by měl být poradce i v oblasti realizace dalšího ubytování seniora, měl by pomoci rodině zajistit kompenzační pomůcky, pokud se blízcí chtějí starat o seniora, měl by odkázat na sociální výhody, které je možné čerpat při péči o osobu blízkou. Sociální pracovník se v pečovatelském procesu stává zástupcem majoritní společnosti (státu) jako prostředník mezi klientem a společností.

Odborná literatura uvádí, že poptávka po službách zdravotně sociální péče roste v celé Evropě. Jedním z důvodů jsou demografické změny, populace stárne, signifikantně přibývá nemocí způsobených nezdravým stylem života. Veřejnost stále více vnímá nezbytnost bio-psych-sociálního přístupu k člověku. Ve stáří lidé potřebují více saturaci všech druhů potřeb, a to i spirituálních, které jsou často opomíjeny.

Zdravotnictví stále vykazuje disproporci v počtu sociálních pracovníků ke stavu pacientů, kteří sociální péči nutně potřebují, bohužel sociální péče ve zdravotnictví zatím v ČR nestojí na pevných legislativních základech. (KUTNOHORSKÁ, 2011)

3. Reprezentace základní legislativy v péči o seniory

Legislativní normy v péči o seniory v ČR prošly částečně změnami až po roce 1989. Nejvýznamnější posun zajistil zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který zasáhl všechny uživatele sociálních služeb a osoby v nepříznivé životní situaci. Prioritou tohoto zákona bylo, že podpořil směr všeobecně od institucionalizace k deinstitucionalizaci a posílil možnost integrace osob se zdravotním postižením do společnosti. Zákon 108/2006 Sb. byl v roce 2016 změněn novelou č. 189/2006 Sb. která mimo jiné upravuje i podmínky pro poskytování pobytových sociálních služeb klientů se zdravotním postižením a zvyšuje pokuty za poskytnutí nelegálních sociálních služeb. Hlavním cílem novely č. 189/2016 Sb. bylo zvýšení částek příspěvků na péči, díky novele zákona je umožněno zahájení řízení o přiznání příspěvku na péči ještě v době hospitalizace klienta. Dalším významným bodem novely je zavedení oznamovací povinnosti pro zařízení sociální péče v případech, pokud klient nesouhlasí s umístěním v institucionálním zařízení.

V současné době prezentuje Ministerstvo práce a sociálních věcí rozsáhlé změny v zákoně o sociálních službách, které by měly vstoupit v platnost od září 2017. Navrhované změny by se měly týkat především změn při zřizování zařízení sociálních služeb, diskutuje se o inovaci názvů základní činnosti pro poskytování sociálních služeb, ke změnám by mělo dojít i rozšíření působnosti státní správy v oblasti sociálních služeb o pověřené obecní úřady a újezdní úřady.

V České republice byl minulosti preferován rodinný model péče o seniory, bohužel v posledních dvaceti letech došlo i přes usilovnou podporu domácí péče k zvýšené institucionalizaci. Statistiky uvádějí, že značná část seniorů je nucena dožívat nedobrovolně v institucionálním zařízení. V legislativě neustále probíhají odborné debaty a plánují se aktuální změny, které by reflektovaly současné potřeby sociální práce. Aktuálně probíhají rozpravy a diskutabilní je návrh zákona o dlouhodobé péči, který zatím nenabyl platnosti. Dlouhodobá péče je legislativně definována jako péče o osoby, které vyžadují dlouhodobě zdravotní a sociální péči a kteří jsou závislé na pomoci v některých ze základních sebeobslužných aktivit. V praxi abstinuje větší propojenost zdravotní a sociální péče, chystané legislativní změny by měly kooperovat spolupráci obou rezortů.

Novela zákona o sociálních službách. *Zprávy Alfa9* [online]. 2017 [cit. 2017-04-01]. Dostupné z: <http://zpravy.alfa9.cz/absolutenm/templates/zprava.aspx?a=42174>

Při sběru dat v institucionálním zařízení jsme diskutovali na téma legislativa v ČR s vedoucími pracovníky i pracovníky v sociálních službách. Při dotazování a rozhovorech jsem informace analyzoval, za mimořádně důležité považuji interpretovat převažující

názory, že legislativní rámec sociální práce je nastaven celorepublikově, což považují praktici za negativní aspekt sociální práce. Dotazovaní uváděli, že zákonodárci by si měli uvědomit demografické položky, regionální pohled na specifické potřeby sociální péče a sociální zvyklosti regionů.

V rámci hodnocení legislativy při sběru dat mi paní ředitelka domova důchodců zprostředkovala informace o aktivitách týkajících se stárnutí a stáří, které sleduje v projektu GA ČR¹⁸ a považuje je za pozitivní možnost při získávání prostředků na regionální péči a podporu odborníků v sociální oblasti: *„Nástroje podpory GA ČR umožňují i mezinárodní spolupráci v oblastech souvisejících se stárnutím populace. Tématem stárnutí, které si mohou zvolit navrhovatelé projektů, se zabývá mimo jiné odborný panel společenských a humanitních věd P404 (Sociologie, demografie, sociální geografie a mediální studia). Popis dílčích specializací panelu P404 v sobě zahrnuje témata, jako například sociální demografie, stárnutí a populační změny, gerontologie, populační projekce a prognózy, modelování populačních procesů, populační politika, sociální geografie: prostorová organizace společnosti. Témata projektů spjatá se stárnutím mohou spadat i do odborného panelu lékařských věd P303, který se mimo jiné specializuje na fyziologické obory, farmakologii a neurovědy.*

V rámci mezinárodní soutěže byl v roce 2016 podpořen „Česko-rakouský – výzkum dlouhodobé péče“ reg. č. 16-34873L, který se zabývá problematikou demence a další závažnou problematikou klientů dlouhodobé péče, parametry poskytované péče a zátěže profesionálních pečujících, vztahy rodinných pečujících a enviromentální faktory dlouhodobé péče a jejích institucí. V roce 2017 nebyl podpořen žádný mezinárodní projekt související se stárnutím populace nebo s rozvojem asistivních technologií. Tato témata byla podpořena v soutěži standardních projektů, např. „Stárnutí na venkově: nezodpovězené otázky enviromentální gerontologie“ (2016), Stárnutí, diskriminace a právo“ (2017), Změny difuzivity mozku, složení extracelulární matrix a fyziologie gliových buněk v průběhu stárnutí – dopad na patogenezi ischemického poškození“ (2016), „Vliv transkripční regulace na neurosenzorický vývoj a funkci sluchového systému“ (2017). (VÁCOVÁ, 2017)

Z výše uvedeného je patrné, že zkvalitňování péče o gerontologického klienta je aktuální a nutné, neboť populace stárne a je potřeba neustále zvyšovat efektivitu péče a podporovat důstojné stárnutí a stáří.

¹⁸ GA ČR – Grantová agentura České republiky, která je organizační složkou státu a jako jediná v republice poskytuje z veřejných prostředků i účelovou podporu na projekty výzkumu.

Dalším významným dokumentem v sociální práci se seniory je Bílá kniha, která specifikuje úkoly Národního programu přípravy na stárnutí. Zákon 101/2002 Sb. o ochraně osobních údajů, vyhláška č. 239/2009 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, Listina základních práv a svobod – ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Ochrana práv seniorů a jiných skupin, Etické normy významné pro poskytování sociální služby seniorům, Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v plném znění, Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákoník, Zákon č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník, Zákon č. 258/2000Sb. o ochraně veřejného zdraví.(MALÍKOVÁ, 2012, s. 49)

Stěžejní téma diplomové práce Základní terapie v přímé péči o gerontologického klienta specifikuje aplikované terapie. V legislativní úpravě není mnoho terapií přesně determinováno a chybí jim legislativní zakotvení i to může být jedním z důvodů, že na poskytování profesionálně předkládaných terapií chybí rezidentním zařízením i jednotlivcům finanční prostředky.

K legislativně zmiňovaným terapiím patří bazální stimulace, kterou vymezilo ve Vyhlášce MZ ČR o stanovení činnosti zdravotní sestry ve Sbírce zákonů č. 424/2004 odstavec h), dále ze skupiny zooterapie, canisterapie, kterou však zmiňuje pouze v obecné rovině Zákon 246/1992 Sb. na ochranu zvířat proti týrání a Zákon č. 166/199 Sb., o veterinární péči.

Terapie klient nemůže nárokovat, může je pouze realizovat na základě vlastní úhrady, kterou lze finančně pokrýt vlastními zdroji nebo částí příspěvku na péči, je-li mu přiznán. V institucionálním zařízení terapie probíhají většinou v rámci aktivizačních činností a odvíjí se podle individuální zainteresovanosti zařízení a ochoty zkvalitnit péči o klienta.

4. Realizace terapií v individuální i skupinové práci se seniory

„Radost, kterou způsobíme druhému, má podivuhodnou vlastnost: odrazem se neoslabuje, ale vrací se k nám košatější a zářivější.“ Mahátma Gándhí¹⁹

4.1 Cíle šetření

V předchozích kapitolách byl předložen text, který představuje základní terapie v přímé péči o gerontologického klienta, jenž dokresluje empirické šetření, ve kterém jsem si stanovil konkrétní, dosažitelné, realistické a specifické cíle. Obecným cílem bylo posoudit koncepci jednotlivých terapií aplikovaných v institucionálním zařízení. Prvořadým, hlavním cílem bylo zjistit nejprínosnější terapii pro konkrétního klienta, skupinu klientů i terapeuty, sociální pracovníky a provést deskripci stěžejních problémů při poskytování aktivní terapie v konkrétním institucionálním zařízení, Domově důchodců v Sušici.

Dalším neméně podstatným cílem bylo ověřit, jak reflektují, vnímají a prožívají terapie muži a ženy, zachytit rozdíly v interpretaci zvolené terapie a získaná data vyhodnotit pro zkvalitnění dalšího předkládaného programu, specifikovat, jaká rizika vznikají v sociální práci při nevhodně zvolené terapii pro klienta i sociálního pracovníka.

Při stanovení cílů jsem v přípravné fázi vycházel z odborné literatury, požadavků praxe, Domova pro seniory v Sušici, a především dbal na potřebu psychické i fyzické pohody konkrétního klienta, dodržování etických zásad a důstojnosti člověka.

4.2 Metody šetření

Vzhledem k šetřené problematice jsem v diplomové práci preferoval kvalitativní metody. Šetření jsem realizoval na základě studia funkcí explorační, popisné, explanace, predikce i ovlivňování věcí v našem každodenním světě. Šetření vycházelo z metod a poznatků fenomenologie, etnometodologie, symbolického interakcionismu. Opíralo se o indukci, která přispěla k porozumění chování konkrétního klienta v novém prostředí institucionálního zařízení přecházejícího k obecnému předpokladu adaptačním mechanismům skupiny klientů. Stěžejní metodou byla případová studie, kterou jsem zpracoval pro každého klienta, který se v průběhu dlouhodobého pozorování s různou mírou zúčastněnosti zapojoval do aktivní spolupráce při sběru dat a přispíval k nalezení nejvhodnější terapie. V případových studiích jsem sbíral poměrně velké množství dat od jednoho i více klientů, které jsem na konci vřazoval do širších souvislostí, aby je bylo možné srovnat s jinými případy pro porovnání validity výsledků.

¹⁹ Mahátma Gándhí – indický politický a duchovní vůdce, bojovník proti násilí a nesvobodě.

Dalšími použitými metodami byl řízený strukturovaný, polostrukturovaný, volný, narativní, neformální, fenomenologický rozhovor, skupinová diskuse, participantní pozorování a konverzační analýza s cílem dosáhnout co nejkvalitnějšího terapeutického postupu.

Metodou zpracování dat byla zakotvená teorie včetně otevřeného a axiálního kódování, využit byl etnografický přístup a částečně i holistická analýza.

4.3 Metodika šetření

Z hlediska metodologického byla využita triangulace metod šetření, analýzy dostupných literárních a elektronických informačních zdrojů, kvalitativního kódování, interpretace údajů o konkrétním chování lidí a jeho kontextu. Metodika šetření vycházela ze specifických teorií vědních principů, strategií, způsobů a postupů s cílem efektivně proniknout do sledovaného problému využití základních terapií v přímé péči o gerontologického klienta.

Metodologickými postupy jsem se snažil mapovat fakta o přínosnosti konkrétní terapie, arteterapie, bazální stimulace, ergoterapie, muzikoterapie, preterapie, reminiscenční terapie, validační terapie, zooterapie v individuálním i skupinovém přístupu s cílem odhalit pravidla, zákonitosti a nutnost soustavnosti pro správné fungování terapeutických procesů v institucionálním zařízení. Na základě získaných poznatků jsem se pokusil vytvořit ucelený celek nejvíce prospěšných, efektivních a aplikovatelných terapií, které lze indikovat gerontologickým klientům s různým stupněm zdravotního postižení.

Sběr kvalitativních dat byl realizován v Domově důchodců v Sušici pomocí pozorování, dotazování, studia dokumentace, dění v sociální skupině i interakcí s konkrétním klientem.

4.4 Úkoly šetření

Úkoly šetření jsem řešil v průběhu individuální interakce v různých typech rozhovorů s každým konkrétním klientem. Před zahájením rozhovorů, jsem podrobně prostudoval sociální anamnézu klienta a vytvořil jsem úkoly na základě hodnot sociální práce s cílem zajistit emoční bezpečí, respektovat důstojnost a jedinečnost každého klienta.

V první části jsem se zaměřil na pozorování, faktografické zjišťování údajů s využitím metody volného, narativního rozhovoru, druhou část jsem vedl pomocí řízeného rozhovoru, kterým jsem si kladl za cíl prokázat prospěšnost konkrétní zvolené terapie vzhledem ke zdravotnímu stavu klienta.

Při sběru dat realizovaným v Domově důchodců v Sušici od října 2015 do ledna 2017 jsem si stanovil úkoly, které jsem se snažil ověřit a splnit:

- deskripci institucionálního zařízení, ve kterém probíhalo šetření,
- realizovat případové studie u každého klienta, vypracovat strukturu kazuistických šetření,
- vymezit přesně co chceme v šetření uskutečnit: návrh terapií pro konkrétního klienta i skupinu klientů,
- adekvátně popsat strukturu a realitu terapií používaných v zařízení,
- ověřit přínos individuální a skupinové terapie v institucionálním zařízení,
- dbát a respektovat etické zásady sběru dat, hlavně při přímých interakcích s klientem,
- analyzovat pracovní postupy aktivizačních pracovníků domova důchodců a společně s nimi interpretovat pozitivní i negativní faktory působící na realizaci aktivizačních procesů.

4.5 Procedury sběru dat

V průběhu fáze přípravy šetření jsem se nejprve zaměřil na studium odborné literatury. Vycházel jsem především z odborných publikací Hendla, Křivošíkové, Krahulcové, Malíkové, Matouška, Mearse, Ondrušové, Rubinové, Špatenkové, Valenty.

V rámci provádění kvalitativního šetření jsem se stal hlavním prostředníkem pro získávání dat. Za prvořadý úkol jsem pokládal oslovit institucionální zařízení, Domov důchodců v Sušici a požádal o povolení sběru dat a umožnění dlouhodobé stáže. Do zařízení léta docházím jednak za rodinným přítelem tak i v rámci své práce, kdy s dětmi z mateřské školy v rámci udržování tradic realizujeme různé akce, tudíž zařízení i zaměstnance znám. Vedení domova bylo velice vstřícné a po podepsání mlčenlivosti a osobní prezentaci jakou roli v terénu, pracovním procesu a vztahu k pracovníkům budu zaujímat, mi byla dlouhodobá stáž umožněna. Potvrzení o realizaci stáže uvádím v příloze č. 1.

Ve druhé části přípravy šetření jsem analyzoval zvyklosti Domova důchodců v Sušici. V rámci osobních návštěv a stáží jsem poznal legislativu a chod zařízení, zjistil aktuální potřeby domova vzhledem k šetřené problematice. Pod vedením mentorek, aktivizačních pracovníků domova, paní Marie a paní Lenky, jsem se zapojoval do aktivizačních činností, získal prostor pro realizaci šetření i mnou předložených terapií.

Na prvním oddělení domova jsem se aktivně zapojoval do denních aktivizačních činností a na základě zájmů seniorů se mi společně s mentorkami podařilo zformovat malou smíšenou skupinu seniorů, kteří projevili zájem na pravidelném setkávání. Skupinu tvořily tři ženy a tři muži. Společné aktivity jsme realizovali každý pátek odpoledne od 14 do 16

hodin. Časové rozložení bylo vybráno účelově, neboť tato doba byla pro seniory neoptimálnější a vyhovovala i podmínkám zařízení.

4.5.1 Faktografie institucionálního zařízení Domova důchodců Sušice

Podle platné legislativy náleží Domov důchodců v Sušici pod § 49 zákona 108/2006 sb. Zákona o sociálních službách. Organizace je zapsána v obchodním rejstříku vedeném u Krajského soudu v Plzni, právní vložka 643. Domov spadá do příspěvkových organizací města Sušice. Vznikl po rekonstrukci bývalé nemocnice v roce 2002. Služby jsou určeny pro klienty šumavského regionu, kteří z důvodu snížené soběstačnosti, vysokého věku, osamocení a zdravotního stavu potřebují soustavnou, pravidelnou pomoc.

Domov poskytuje klientům pobytové služby, které jsou určeny zejména seniorům, kteří již nejsou schopni sami žít doma, potřebují nepřetržitou odbornou péči, jakou jim blízké osoby v domácnosti nejsou schopny zajistit. Domov disponuje i odlehčovací službou (přechodný pobyt), která je poskytována jako terénní, ambulantní nebo i pobytová služba, podle individuálních potřeb klientů. Tuto službu žádají hlavně osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem této služby je umožnit laické domácí pečující osobě nezbytný odpočinek. Odlehčovací pobytová služba může být domovem v Sušici poskytována nejdéle 3 měsíce. Čekací doma pro ubytování v domově se pohybuje kolem dvou let, o umístění rozhoduje bodové kritérium, aktuální potřeby a sociální situace člověka. Pořadník je pečlivě sledován a dodržován.

Domov disponuje ubytovací kapacitou pro 96 obyvatel. Pokoje jsou jednolůžkové, dvoulůžkové a tři pokoje jsou vícelůžkové. Většina pokojů má sociální zařízení společné pro dva pokoje. V základní výbavě pokojů je postel, noční stolek se signalizací, šatní skříň, stůl, židle, křeslo a lednice. Každý klient si do domova může po dohodě dovést své osobní věci, aby tak zútulnil nové prostředí a připomínal si domov. To vše nejvíce podpoří adaptační mechanismus člověka na nové prostředí. Financování si hradí klienti podle platné úhradové vyhlášky a legislativy Zákona o sociálních službách č. 108/2006, na financování se dále podílí město Sušice a Plzeňský kraj. Zařízení zůstává celý příspěvek na péči, je-li klientovi přiznán.

Kvalitní odbornou péči v domově zajišťuje tým kvalifikovaných pracovníků, který je složen z ředitelky domova, vedoucí domova, dvou sociálních pracovníků, 2 aktivizačních pracovníků, 3 zdravotních sester, 1 fyzioterapeutky, 24 pracovníků v sociálních službách (19 pečovatelek, 5 pečovatelů), 3 uklízeček a 4 kuchařek, ekonomky, účetní a provozního technika.

4.5.2 Deskripce sociální práce aplikované v Domově důchodců v Sušici

V šetření jsem se zaměřoval na různé terapie, které jsou určené hlavně pro gerontologické klienty, kteří využívají sociální služby a mají mnohdy i různý stupeň zdravotního postižení. V prvním stupni participace v terénu jsem se zajímal, jaké služby, techniky sociální práce a terapie jsou v domově předkládány klientům. Za pozitivní lze považovat, že klienti nejsou do ničeho nuceni nebo tlačeni, personál se řídí mottem domova: „*Domov je tam, kde bydlí láska.*“

Základní materiální službou využívanou všemi klienty je bezbariérové bydlení a stravování, pomoc při sebeobslužných činnostech osobní hygieny dle zvyklostí klienta, poskytování celodenní zdravotní a ošetrovatelské péče. Dále služby týkající se socializace, psychosociálních potřeb i právních věcí klienta. Do této skupiny patří například individuální i skupinové aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu s obvyklým sociálním prostředím, sociální poradenství, pomoc a podpora při uplatňování práv, oprávněných zájmů a potřeb klientů. Do dalších služeb, které si již klient hradí ze svého kapesného, patří: fyzioterapie, kadeřnické služby, pedikérské služby, praní, úklid, možnost občerstvení v kavárně.

Neodmyslitelnou službou pro kvalitní pobyt seniorů je neplacená služba, a to je duchovní podpora klientů. V domově je moderní bezbariérová kaple a v rámci ekumenismace církví jsou zde slouženy mše katolickými a husitskými duchovními, kteří poskytují i svátosti dle přání klientů.

V domově jsou klienti dle zájmů a možností zařízení zapojováni do individuální i skupinové práce. Vzhledem k afinitě šetřeného problému jsem se zajímal hlavně o následující aktivizační činnosti a terapie:

- aromaterapie,
- bazální stimulace,
- ergoterapie,
- felinoterapie,
- klimatoterapie,
- reminiscenční terapie,
- smyslová aktivizace,
- taneční terapie, muzikoterapie.

Aplikační možnosti uvedených terapií jsem specifikoval v dalších kapitolách, kdy jsem analyzoval aspekty kvality poskytovaných terapií u konkrétních klientů.

4.6 Data získaná šetřením a jejich interpretace

Sběr dat probíhal při dlouhodobé pravidelné činnosti v domově. K setkáváním s klienty docházelo individuálně i skupinově. Hlavní skupinu metod sběru dat tvořilo aktivní naslouchání, vyprávění, kladení otázek klientům, pracovníkům domova i rodinným příslušníkům a získávání jejich odpovědí, následné zaznamenávání pomocí diktafonu, poznámek, deníků. Pro všechny záznamy jsem měl písemné povolení od vedení domova i klientů. Aktivizační pracovníce mi umožnily nahlížet do všech dokumentů a využívat veškeré pomůcky i používat kompenzační prostředky i aktivizační místnost. Aktivizační místnost, kterou domov disponuje, má své slabé stránky, je poměrně malá, v prostorách lze realizovat terapie jen pro malou skupinu klientů, je zde prostor maximálně pro 12 klientů. Víceskupinové terapie zajišťují aktivizační pracovníce ve společenské místnosti.

Pozitivním aspektem při sběru dat bylo, že do zařízení léta docházím, realizoval jsem zde šetření i pro bakalářskou práci a pravidelně zde navštěvuji rodinného přítele, kamaráda mého zesnulého dědečka pana Karla, který má jednolůžkový pokoj na prvním oddělení. Klienty tohoto oddělení důvěrně znám, proto v navazování interpersonálních vztahů jsem měl usnadněnou situaci. Požádal jsem vedení domova, abych mohl sběr dat realizovat právě zde a bylo mi kladně vyhověno.

4.6.1 Charakteristika cílové skupiny (šetřeného vzorku)

Stěžejním momentem pro dosažení relevantního výsledku šetření bylo získat ochotné seniory, kteří by se chtěli zapojit do dlouhodobého procesu ověření přínosu základních terapií v institucionálním zařízení pro jednotlivce i skupinu. Byl jsem si vědom, že musím postupovat velice citlivě, vytvořit si kontakt s účastníky šetření a získat přístup do terénu. Vycházel jsem především z poznatků Špatenkové, Ondrušové a Matouška, kteří kladli důraz na fakt, že mnohdy jsou klienti v institucionálním zařízení nedobrovolně a předkládané terapie berou i jako nutné zlo, které je součástí jejich pobytu. Kritickým bodem bylo, jak se stát členem skupiny a neovlivnit ji. Po konzultaci s aktivizačními pracovníci jsem zvolil opatrný, citlivý, empatický přístup a využil i atmosféry Vánoc roku 2015, kdy jsme s kolegyněmi a dětmi z mateřské školky Velhartice byly v domově na mikulášské besídce. Atmosféra tohoto období, veliký úspěch besídky, a hlavně osobní kontakt dětí se seniory mi pomohl k oslovení klientů na prvním oddělení domova. Sdělil jsem seniorům, že sběr dat a realizace terapií jsou nezbytnou součástí diplomové práce, na které pracuji, a že by mi velice pomohla jejich pomoc, zkušenosti, názory a podpora.

Na prvním oddělení je celkem 25 seniorů, 15 žen a 10 mužů. Všechny klienty jsem seznámil s cílem a průběhem činností, které bych chtěl pravidelně a soustavně realizovat

v domově. Definoval jsem ergoterapii, muzikoterapii, klimatoterapii, reminiscenční terapii. Uvedené terapie jsem představil a popsal možnosti aplikace. Byl jsem si vědom, že některé terapie v domově probíhají, ale že vzhledem k prostorovému omezení je nemohou všichni využívat, položil jsem i dotaz, které terapie by seniory nejvíce oslovily a zda preferují ještě nějaké jiné, o které by měli zájem.

Po sdělení jsem pozoroval reakce a následně byl překvapen, že již při této akci jsem dostal zpětnou vazbu. Paní Zdeňka s paní Janou chtěly zahájit činnost hned. Při pozorování jsem zachytil reakci pana Karla, za kterým léta docházím, jevil se rozmrzelý, byl nerudný a přestal se mnou komunikovat, neboť konstatoval: *„že se mám věnovat pouze jemu a individuální terapie mi musí stačit, neboť chce dokončit rodokmen.“*

Reakce pana Karla mi pomohla k zásadnímu rozhodnutí, že v rámci šetření se zaměřím na individuální i skupinovou terapii. Individuální terapii jsem započal, prakticky v ní vlastně pokračoval, s panem Karlem. Pomocí reminiscenční terapie a přispěním synovce klienta jsme sestavili rodokmen, který uvádí příloha č. 2. Senior byl spokojený a zapojil se i do skupinové práce.

Skupinovou práci jsem se rozhodl realizovat operativně podle nálady, klimatu, možností a zdravotních požadavků klientů, kteří se mi dobrovolně přihlásili v lednu 2016. První setkání skupiny proběhlo 6. ledna 2016 a zahájilo ji 5 členů (3 ženy – paní Jana, Zdeňka a Olga a dva muži pan Karel a Antonín), jak ilustruje obrázek č. 1. V březnu 2016 se ke skupině připojil pan Miroslav (nový spolubydlící pana Antonína).

Obrázek č. 1: Realizační skupina seniorů (pan Antonín, pan Karel, paní Jana, paní Zdeňka, paní Olga)



Zdroj: Vlastní fotografie 6. 1. 2016

Nedělníčková doporučuje první setkání skupiny věnovat vzájemnému seznámení, tento moment jsem mohl vynechat, neboť všichni klienti se velice dobře znají, jsou vzájemně sžiti i díky společnému stolování v jídelně a dalším společným aktivitám.

Při úvodním setkání jsem se především zaměřil na formulaci očekávání členů, vyjádření jejich přání a požadavků, dojednání skupinových pravidel (oslovování, určitou intimitu, možnost odejít, tabu témata), zohlednění individuálních potřeb, vytvoření časového harmonogramu cílem strávit čas co nejefektivněji, podpořit kognitivní i psychické schopnosti klientů, aby vybředli ze stereotypů běžného dne v institucionálním zařízení a společně realizovat sny a přání každého konkrétního člena skupiny.

Senioři mi připomněli, že hlavní důraz kladou na cíle diplomové práce, na níž se svou účastí budou podílet, což bylo pro některé klienty i impulsem, že se rozhodli práce skupiny zúčastňovat, protože mi chtějí pomoci. Odpověděl jsem seniorům na všechny dotazy týkající se studia na HTF UK, vysvětlil jim téma diplomové práce. V této etapě šetření se potvrdila teorie Ondrušové o smysluplnosti života seniorů. Skupinová práce seniorů s cílem shromažďování dat pro šetření diplomové práce se stala novým motivačním prvkem, určitým smyslem života v institucionálním zařízení a posílením pocitů potřebnosti i postojevých hodnot v životní etapě stáří a částečně i k replikaci schopností klienta.

4.6.2 Rámcová analýza sociálního klimatu skupiny

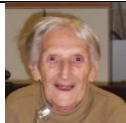




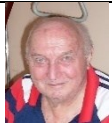
V rámci analýzy sociálního klimatu skupiny jsem sestavil případové studie, kazuistiky jednotlivých členů s cílem dosáhnout co nejobjektivnější interpretace, podat explanatorní zprávy o každém konkrétním člověku s ohledem na jeho životní příběh a sociální anamnézu. Každý z členů skupiny má svoji jedinečnou životní historii, která se odehrála v rozdílných sociálních klimatech, na různém stupni ekonomických, sociálních i intelektuálních možností.

Sestavené případové studie měly přesnou strukturu, při sběru dat přispívaly k zjištění vhodnosti konkrétní terapie a plnily i preventivní funkci zamezení přítomnosti negativních prožitků klienta, které by mohly nastat při neznalosti traumatických zážitků z života člověka a měly by nepříznivý dopad na průběh konkrétní terapie.

Díky aktivizačním pracovnícím domova, jsem měl možnost prostudovat případové studie, které mají k dispozici, abych se vyhnul případným těžkým tématům. Bohužel studie byly velice stručné, zřejmě z důvodu časového deficitu zaměstnanců v této oblasti sociální péče.

Strukturu případových studií jsem pečlivě zvažoval a pro zkvalitnění přehlednosti jsem základní otázky vložil do tabulky s cílem usnadnit proces sledování struktury sledované šetřené skupiny. Následující tabulka demonstruje obecné kazuistické otázky a fakta týkající se cílů šetření. Uvádí ilustrativní výňatky z realizovaných rozhovorů, sumarizuje komponenty konceptu terapií.

Tabulka č. 1: Obecné kazuistické otázky

| Obecné otázky charakterizující strukturu kazuistického šetření | | | | | | |
|--|---|---|---|--|---|---|
| Respondenti – klienti DD | PhDr. paní Olga | Paní Zdeňka | Paní Jana | Pan Karel | Ing. pan Antonín | Pan Miroslav |
| Položené otázky |  |  |  |  |  |  |
| Věk respondentů | 93 | 78 | 61 | 88 | 83 | 79 |
| Co Vás vedlo k rozhodnutí žít v DD? | Částečná ztráta mobility | Úmrtí manžela | Jsem tady doma | Bezmoc po CMP | Ztráta soběstačnosti | Přesvědčily mě děti, že již nezvládám |
| Jak dlouho žijete v DD? | 4 roky | 5 let | 15 let | 3 roky | 6 let | 1 rok |
| Jaké jsou Vaše zájmy, koníčky, co máte rád/a? | Četba, ruční práce, cestování, jazyky | Zahrada, vaření | Muzika, tanec, vaření | Myslivost, příroda, soutěže | Modelářství, konstrukce, ženy | rodina |
| Které terapie v DD navštěvujete? | Všechny | Pracovní činnosti | Všechny | Univerzita třetího věku | Co mi nařídí | Do všech povinných |
| Jakou terapii byste si přál/a realizovat? | Častěji změnu prostředí | Více chodit, jezdit ven | Více tanec | Být v přírodě | Něco smysuplného | Je mi to jedno |
| Citlivá data sdělená personálem DD | Křehká paní, důsledná, dbá na svůj vzhled, hygienu a pořádek, ve všem precizní | Dobrosrdečná a rozdala by se, emočně zranitelná | Projev jako předškolní dítě | Samorost, kritický | Inklinuje k alkoholu | Apatie, lhostejnost |

Zdroj: Vlastní šetření DD Sušice říjen 2015 – leden 2017

4.6.3 Případové studie, kazuistiky cílové skupiny klientů

Případové studie jsem sestavoval přepisem interview, které jsem individuálně realizoval s každým členem skupiny. Dotazování zahrnovalo různé typy rozhovorů, naslouchání vyprávění, kladení otázek s cílem získat hodnotná data, která by přispěla relevantnosti šetření. Při každém kontaktu s klienty jsem dbal na dodržování etických kodexů, ctil terapii důstojnosti a křehkost stáří. Otázky v kvalitativních rozhovorech jsem kladl na základě studia odborné literatury Hendla, který doporučuje jasnou saturaci, otevřenost, neutralitu, citlivý přístup s ohledem na cílovou skupinu gerontologických klientů.

Transkripce kazuistik je fokusována. Každou kazuistiku doplňuji fotografií klienta, pro zkvalitnění abstrakce šetření a schematickým znázorněním preferovaných terapií, které následně byly v rámci šetření realizační skupinou ověřovány.

Kazuistika PhDr. paní Olgy

Paní Olga se narodila v roce 1924 v Židlochovicích na Moravě. Na Šumavu se přestěhovala po svatbě v roce 1944 a žije zde dosud. Paní Olga je velice inteligentní, milá, pozorná, moudrá dáma, na svůj věk neuvěřitelně psychicky vitální. Somaticky trpí těžkým revmatismem, což ji omezuje v pohybu, je částečně imobilní. Již při prvním rozhovoru jsem se setkal s nevšední vstřícností, dokáže „pohladit úsměvem“. Interview s klientkou patřila z celé šetřené skupiny dotazovaných k nejdelším, byla velice zajímavá, přinesla mi spoustu nových poznatků i částečně jiných pohledů na život.

Obrázek č. 2: PhDr. Paní Olga při rozhovoru



Zdroj: Vlastní fotografie pořízená při realizaci rozhovoru

- **charakteristika**

Paní Olga žije v domově čtvrtým rokem, uvádí, že je zde spokojena. Podat žádost do domova se rozhodla v době, když byla ještě zcela somaticky vitální, aby si zajistila plnohodnotnou péči na stáří i přestože má dva syny, kteří jí nabízeli pomoc a podporu. Chce být do konce svého života „nezávislá“. V domově studuje univerzitu třetího věku, zapojuje se do aktivit, ráda čte i cizojazyčnou literaturu, pracuje na počítači. Preferuje své soukromí a ctí i soukromí ostatních, proto požadovala ubytování v jednolůžkovém pokoji. Pokoj je stylově zařízen a perfektně precizně uklizen.

- **rodinná anamnéza**

Paní Olga se narodila krátce po první světové válce v rodině intelektuálů. Otec studoval ve Vídni, později se stal rakouskouherským diplomatem a věhlasným právníkem. Matka pracovala v nemocnici jako zdravotní sestra, kde se také s otcem seznámila, později veškerou péči věnovala otci, který oslepl a jediné dceři. Rodina kladla prvořadý důraz na vzdělání. Rodinným přítelem byl T. G. Masaryk, který rodinu často navštěvoval a klientka

na jeho návštěvy často ráda vzpomíná, hlavně na to, jak ji učil jezdit na koni. Dnes bychom hovořili o hipoterapii.²⁰

- **osobní anamnéza**

Od dětství byla paní Olga vedena k odpovědnosti, často uvádí, že tatínek na ni kladl vysoké nároky, byl přísný, důsledný a často nekompromisní. Otec toužil po synovi, ale přišla jediná dcera. Všechno muselo být precizní, byl perfekcionista. Razil krédo: „*Drž se knihy, pak z Tebe něco bude*“. Za nedodržení otcových příkazů následoval od otce krutý trest. Klientka ráda jezdila na prázdniny k matčině sestře na Šumavu, zde potkala svého manžela, Václava. Byl její první láska a zůstal i po celý život. Vdávala se proti vůli otce, Manželova rodina měla lékárnu, celá rodina ctěla vzdělání, což paní Olze imponovalo. Manželství bylo velice šťastné, i když si prošli řadou těžkých situací způsobených režimem. Klientka popisovala, jak je těžké situace ještě více sblížily a ničeho ve svém životě nelituje. Ve středním věku pracovala v Klatovech u soudu jako psychologka.

S manželem vychovali dva velice úspěšné syny. Starší Václav pokračuje v rodinné tradici lékařské a mladší Milan žije s rodinou v Americe. Prostřednictvím nových technologií je s nimi i vnoučaty a pravnoučaty v každodenním kontaktu a nic jí nechybí. Při položení pocitových otázek odpovídala, že je šťastná a raduje se z každého dne, kdy ji nic nebolí. K jejím celoživotním zálibám patřilo cestování, četba, miluje zvířata, ruční práce, květiny a vůně.

- **současný stav**

Při pozorování a naslouchání v přípravné části šetření jsem velice rád trávil čas v přítomnosti paní Olgy, proto jsem byl velice potěšen, že se rozhodla stát členkou realizační skupiny. Paní Olga vždy přiházela s novými impulzy a návrhy co bychom měli podniknout. V domově se adaptovala velice rychle, je oblíbená mezi klienty i personálem. V chování ostatních je poznat, že k paní Olze mají veliký respekt, i když klientka si nepřeje být oslokována titulem. Potrpí si na zdvořilost, etiketu a kultivované chování. Často má návštěvy a zajímá se o vše nové.

Ošetřovatelský personál mi popisoval příchod paní Olgy do domova. Stěžejní moment v adaptaci byl při stravování, kdy vznikl problém při stolování, které probíhá společně v jídelně. Paní Olga svým kultivovaným chováním a noblesou „donutila“ své spolustolovníky ke změně návyků a kultuře při podávání jídla. Nejprve nechtěla do jídelny chodit, vadilo jí, že se někteří klienti nechtějí k jídlu oblékat a chodí v nočním. Několikrát

²⁰ Hipoterapie, popisuje Kopecká (2008, s. 65) jako léčbu koněm, kde je prvořadým prvkem terapie využití pohybu krokem jdoucího koně k léčebným účelům.

demonstrativně odešla, nikdy se však nesnížila k netaktnímu nebo hrubému chování, změnu klientů způsobila svojí přítomností.

Revmatické onemocnění, artróza a potíže s páteří přinášejí paní Olze těžké somatické potíže, které se projevují krutými bolestmi, které ji zcela paralyzují. V tomto období vyžaduje naprostý klid a toleranci okolí. Chce být sama a rovněž nechce nikoho svými bolestmi obtěžovat, litování přespřílišný zájem neguje.

- **analýza případu**

Klientka byla po celý život velice aktivní, vitální, otevřená všemu novému, proto je nezbytné ji podporovat, akceptovat a vytvářet pro ni takové prostředí, ve kterém nebude docházet k sociální stagnaci. Pro komfortní a pohodový pobyt v domově vyžaduje mít ve všem naprostý pořádek a řád, který musí ošetrovatelský personál respektovat. V případě zhoršení somatických potíží je nezbytné volit moderní prostředky léčby a rehabilitace. Paní Olga je svým životem smířená a říká: „*Že i ve stáří lze prožívat krásné období života*“. Jejím cílem je dožít v klidu, který jí domov poskytuje.

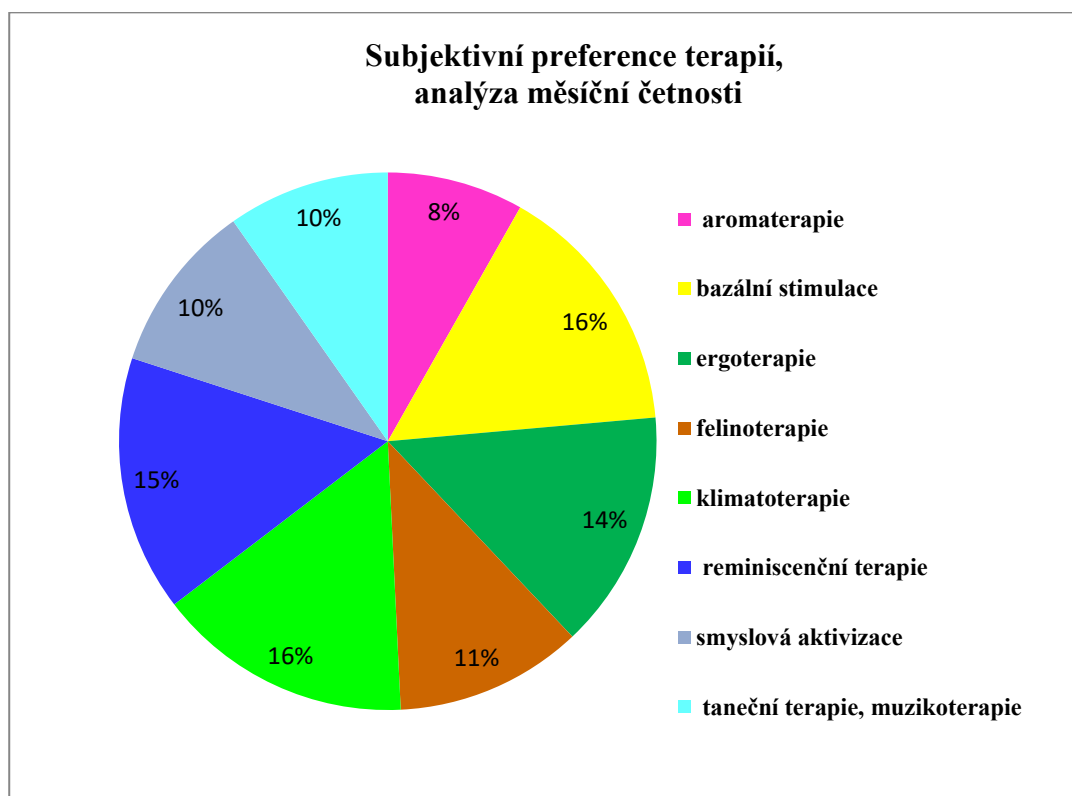
- **návrh intervencí**

Podle analýzy vývojových období života člověka je klientka ve fázi dlouhověkosti. Lze předpokládat, že v tomto životním úseku a s přibývajícím věkem může u paní Olgy docházet ke ztrátě kognitivních schopností i zhoršení mobility a sebe obsluhy. Výhledově je nutné zajistit pro dlouhověkou klientku nadstandardní služby, které by posilovaly její pozitivní vnímání období života stáří. Klientka uváděla, že by uvítala častější možnost pobytu v přírodě, více účasti na společenských akcích i mimo domov, aromaterapii, předčitatelské služby a fyzioterapii. Pozitivně hodnotila i návštěvy veřejnosti, které docházejí do domova zatím jen sporadicky. Mnohokrát zmiňovala a kladně líčila průběh stáží žákyň oboru Sociální činnost²¹, se kterými se setkala. Ocenila by jakoukoliv aktivitu, která by pomohla vylepšit stereotyp běžných dní v domově. Zaujala ji i koncepce dobrovolnictví, které zatím domovem nebylo realizováno. Těšila se na skupinové setkávání, říkala, že činností v domově je pro ni málo. Z předložených terapií upřednostňovala bazální stimulaci, ergoterapii, klimatoterapii.

Následující grafické znázornění znázorňuje subjektivní pohled klientky na preferenci předkládaných terapií. Data jsou interpretována podle četnosti realizace, která by byla z pohledu klientky ideální.

²¹ Obor vzdělání Sociální činnost SOU a SOŠ Sušice realizuje odbornou praxi v Domově důchodců v Sušici, žákyňe docházejí každé pondělí do zařízení a uplatňují své praktické poznatky hlavně v přímé obslužné péči. Domov je sociálním partnerem školy.

Graf č. 1: Měsíční preference terapií paní Olgy



Zdroj: Vlastní šetření DD Sušice říjen 2015 – leden 2017

Kazuistika paní Zdeňka

Paní Zdeňka se narodila v roce 1939 na Prášilech, ve válečných letech na dnešním území byly Sudety. Paní Zdeňka je veselá, výrazná, družná, dobrosrdečná, někdy i jadrná žena. Celý život vykonávala náročnou fyzickou práci. Po prodělané CMP občas dochází k poruchám paměti. Somatické potíže nastaly po operaci kolena, následné reoperace nebyly úspěšné a klientka se pohybuje pouze pomocí chodítka. Rozhovory probíhaly v příjemné atmosféře, vždy doplněné konzumací. Paní Zdeňka si chtěla povídat „u kafička“, stávalo se, že při dalším sezení se vracela k minulým rozhovorům s tím, že si ještě vzpomněla na podstatné údaje.

Obrázek č. 3: Paní Zdeňka při rozhovoru



Zdroj: Vlastní fotografie pořízená při realizaci rozhovoru

- **charakteristika**

Klientka žije v domově pátým rokem, je zde dobrovolně. Žádost si podávali ještě s manželem, aby si zajistili pohodlí na stáří, předpokládali ztrátu soběstačnosti. Preferovali domov v Sušici, protože zde měli mnoho přátel. Paní Zdeňka má vyměřen nízký důchod, přestože její práce byla fyzicky namáhavá. V domově zvolila ubytování na vícelůžkovém pokoji, z důvodu, aby nemusela rodina doplácet finanční rozdíl za její pobyt. Konstatuje, že vyjde s každým a vícelůžkový pokoj jí nevadí. Na pokoji jsou tři klientky, jejichž sociální anamnéza je podobná, takže nedochází k problematickým situacím. Sociální pracovnice mne upozornila, že dobrosrdečnosti paní Zdeňky někdy využívali ostatní klienti. Pokud personál podchytil tuto skutečnost, snažil se pomoci, i když to klientka hodnotila negativně, říkala: „*Když můžu, pomůžu.*“

- **rodinná anamnéza**

Život paní Zdeňky byl těžký, dětství v době války a poválečné době zanechalo bolestné vzpomínky a ztrátu blízkých lidí. Klientka se nechce k tomuto období života vracet. Rodiče měli malé hospodářství, všichni těžce pracovali, aby si zajistili základní obživu. Paní Zdeňka byla ze sedmi sourozenců nejmladší, měla tři bratry, dva padli ve válce, nejstarší sestra sloužila a ostatní děvčata zůstala s rodiči do doby jejich sňatků. Po válce se rodina přestěhovala do Kašperských Hor. Na toto období vzpomíná paní Zdeňka ráda, od patnácti let pracovala v lese, kde se seznámila se svým budoucím manželem Františkem, který byl klempířem a bydlel v domku v blízkých Nezdicích. Vdávala se v osmnácti letech, často zdůrazňuje: „*Do pětadvaceti jsem měla doma čtyři mužské a musela jsem se pořádně otáčet*“. V rozhovorech často opakovala, že má hodné syny, kteří ji pravidelně jezdí do domova navštěvovat. S manželem žila paní Zdeňka 51 let, zmiňuje, že musela hodně „překousnout“, muž se rád napil, hrál na harmoniku a od ženy vyžadoval naprostou poslušnost a respekt. Klientka se při vzpomínkách na manželské neshody pokaždé hlučně smála, konstatovala, že vždycky láteřila a ráda mi detailně popisovala průběh rozepří. Ve společné domácnosti žila s rodiči manžela, které měla velice ráda, pomáhali jí ve všem. Klientka měla manželovy rodiče v úctě a postarala se o ně, ve stáří o ně pečovala až do úplného konce.

- **osobní anamnéza**

Paní Zdeňka byla po celý život zvyklá pracovat, zahálet ji rozčiluje. Ke spokojenému pobytu v zařízení potřebuje činnost. Žila na vesnici ve stálé interakci se zvířaty, která milovala, s manželem obdělávali velkou zahradu a pole, z vlastních zdrojů vyráběla mnoho originálních výrobků. Chovali včely, na tuto činnost vzpomínala při každém společném

sezení. Při důchodu pracovala v závodní jídelně jako pomocná kuchařka, nevynechala žádnou kulturní akci ve vsi. Nejdůležitější roli v jejím životě zaujímal rodina, každé prázdniny u ní trávila vnoučata a později i pravnoučata. Paní Zdeňka děti miluje a ráda by byla více v dětské přítomnosti, kontakt s mladými lidmi jí v domově chybí. K nepříznivým situacím v životě klientky patřily ztráty blízkých lidí, často konstatovala: „*Vždycky v životě všechno nějak dopadne, ale pokud někdo odejde, přijde neštěstí.*“ Uváděla, že jí hluboce zasáhla smrt manžela, který zemřel náhle, toto životní období hodnotila jako nejhorší. Při neformálních rozhovorech často popisovala společné chvíle s manželem, chtěla prezentovat mnoho společných činností, i když bylo znát, že emocionální vzpomínky paní Zdeňku rozrušují, několikrát plakala, nechtěla těžká témata opouštět, slzy přinášely úlevu.

- **současný stav**

Při generování odpovědí respondentky jsem zjistil, že i přes těžkou fyzickou práci se paní Zdeňka těšila v životě dobrému zdraví. Pobyt na zdravém vzduchu i přiměřená životospráva zajišťovaly absenci respiračních nemocí, klientka konstatovala, že virová onemocnění prodělávala při nástupu do domova, než se zadaptovala na prostředí kolektivu.

Po CMP dochází k rychlejší psychické i fyzické únavě klientky, terapie je nutné přizpůsobovat aktuálnímu zdravotnímu stavu. K celkové pohodě klientka potřebuje uspokojovat potřeby podle zaběhnutých zvyklostí, ke kterým se řadí pití piva po obědě, odpolední káva a zákusek, pohoda a vlídný přístup ošetřovatelského personálu. Neguje kontakt s lidmi, kteří se mračí, na tyto interakce rezonuje.

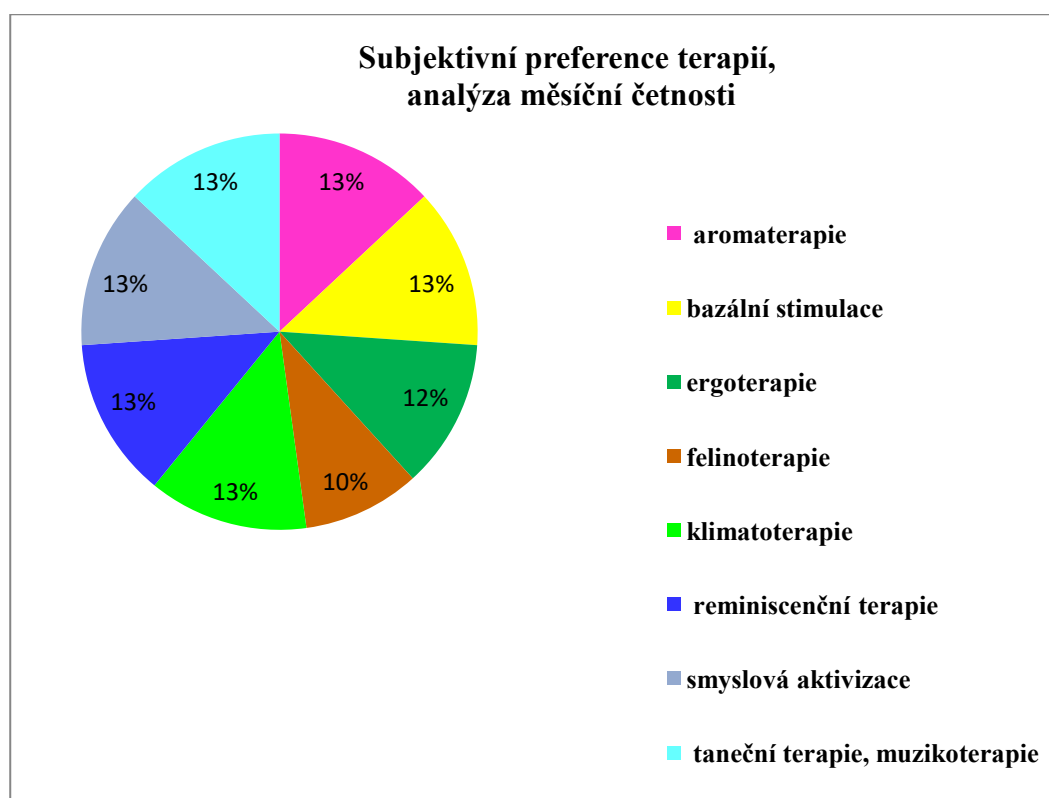
- **analýza případu**

Paní Zdeňka byla po celý život temperamentní, aktivní, akční žena, proto je nezbytné stimulovat každodenní činnosti k smysluplnosti. Při pozorování a terapiích jsem analyzoval, že činnost, která nemá praktický a účelový cíl považuje klientka za zbytečnou (přímou citaci s ohledem na kultivovanost projevu neuvádím, klientka komentovala aktivity bez výsledku vulgárně). Za pozitivní považuji, že klientka považuje institucionální zařízení za svůj nový domov, ve kterém našla zázemí, přátele, nové aktivity a činnosti. K udržení současného zdravotního stavu, je nutné podněcovat klientku k aktivitám, které posilují jednotlivé kognitivní úrovně. Při zachycování stěžejních dat při kazuistice paní Zdeňky jsem čerpal prostudované literatury Krahulcové, která skvěle odborně vysvětluje způsob kognitivní rehabilitace i její strategické využití v případě konkrétního klienta. Pro klientku je stěžejní zabránit sociální izolaci.

- **návrh intervencí**

Pro zkvalitnění života seniorky v institucionálním zařízení bych považoval za nezbytné seznámit veškerý personál o potřebě klientky „být užitečná“, v praxi ponechat možnost realizovat běžné činnosti i za předpokladu, že zabere delší časový úsek. Dále podporovat veškeré její iniciativy v ergoterapeutických činnostech. Paní Zdeňka projevila zájem v rámci ověření účinnosti terapie u konkrétního klienta sestavit vlastní kuchařskou knihu. Preferoval bych za motivační prvek terapií, pokud by některý z receptů klientky byl použit při přípravě jídla pro ostatní klienty s cílem i další seniory nenásilně přimět k zapojení do všedních činností (návrh nejde z organizačních možností realizovat, strava se do zařízení dováží). Pro klientku považuji za nezbytné posilovat její pracovní potenciál a sebeuvědomění kladným přístupem personálu, slovním oceněním a uznáním jejího pracovního výkonu.

Graf č. 2: Měsíční preference terapií paní Zdeňky



Zdroj: Vlastní šetření DD Sušice říjen 2015 – leden 2017

Kazuistika paní Jany

Pokud bylo v rámci sestavování kazuistik možné, vycházel jsem z vlastních pozorování, přepisů rozhovorů a selektování vyprávění klientů s prvořadým cílem sestavit objektivní portréty dotazovaných. Případová studie paní Jany vyžadovala individuální osobitý přístup, sestavení této kazuistiky bylo nejnáročnější a musel se požádat o pomoc

personál. Klientka Jana se narodila v roce 1956 na samotě v Hamrech, od dětství vykazuje středně těžkou formou mentální retardace.

Při rozhovorech byla paní Jana milá, komunikativní, ale neudržela dlouho pozornost, z témat rozhovorů utíkala, nosila mi hračky, vyžadovala pochvaly a komplimenty svého zevnějšku.

Aktivizační i sociální pracovníce mi objasnily, že životní příběh klienta mají přejatý, z Domova pro mentálně postižené ve Stodu²², kde paní Jana žila před příchodem do Sušice.

Obrázek č. 4: Paní Jana při rozhovoru



Zdroj: Vlastní fotografie pořízená při realizaci rozhovoru

- **charakteristika**

Klientka žije v domově důchodců nejdéle. Do domova se přestěhovala hned při jeho otevření roku 2002. Z vyprávění profesně nejstarších ošetřovatelek jsem se dozvěděl, že pobyt klientky s mentálním postižením byl výjimkou, umožněn byl proto, že tehdejší vedoucí domova byla v příbuzenském kontaktu s paní Janou. Klientka je v zatřížení spokojená a všichni pracovníci paní Janu pozitivně vnímají. Právně je klientka zbavená svéprávnosti, opatrovnictví připadá na sociální pracovníci domova. Klientka si přeje oslovovat jménem a tykat.

- **rodinná anamnéza**

Z dokumentace klientky jsem přepsal záznamy, které vypovídají o tragickém dětství. Zřejmě se jednalo o sociálně slabou intelektuálně zaostalou rodinu, která žila osobitým nepřizpůsobivým způsobem života. Postižené děvče bylo znásilňováno vlastními bratry,

²² Stod – domov pro mentálně postižené, zařízení vzniklo transformací Ústavu sociální péče pro mentálně postižené.

dokumentace a psychologické vyšetření z dětství dokladují, že si dívka situaci neuvědomovala z důvodu své mentální zaostalosti. K umístění do ústavu pro mentálně postižené došlo po úmrtí matky v roce 1969, ve třinácti letech věku.

- **osobní anamnéza**

Paní Jana miluje společnost, pohybuje se po celém zařízení, snaží se být všude přítomna, hovoří s každým, o všechno se zajímá v možnostech svého intelektu. I přes své postižení je milá a vstřícná. Přemýšlí na úrovni předškolního dítěte. Většinu volného času tráví ve vestibulu, kde informuje příchozí o dění v domově. Pokud ji někdo pochválí, nebo jí něco daruje, stane se jejím přítelem. Verbální schopnosti jsou omezeny vzhledem k postižení. Po somatické stránce je velice vitální, zapojuje se do všech aktivit. Chodí do města, v koloritu maloměsta řada obyvatel vnímá klientku pozitivně. Domov poskytl ubytování paní Janě ve dvoulůžkovém pokoji, spolubydlící je zcela imobilní, klientka se zapojuje do aktivní pomoci s péčí, které je zvoleno cíleně, aby docházelo k aktivnímu pracovnímu zapojování.

- **současný stav**

Klientka Jana dostala ubytování v domově na základě schválení individuální žádosti, byla udělena legislativní výjimka v cílové skupině klientů. V případě paní Jany je nutné respektovat skutečnost, že většinu sebeobslužných činností zvládá bez pomoci, dohled personálu je nutný pouze v ekonomických záležitostech, v prostředí domova je plně adaptována, všechny obyvatele přijala za svoji rodinu. Sociální pracovnice vypracovala vývojovou studii mentálního postižení klientky za podpory odborných lékařů, psychiatra, právníka, lze předpokládat, že se podaří zajistit klientce pobyt do konce života. Při pravidelné supervizi sociální pracovnice i řada dalších pracovníků uváděla, že si ke klientce vytvořili emoční vztah a v domově by postrádali její přítomnost. Jedna sociální pracovnice bere paní Janu i na svátky domů.

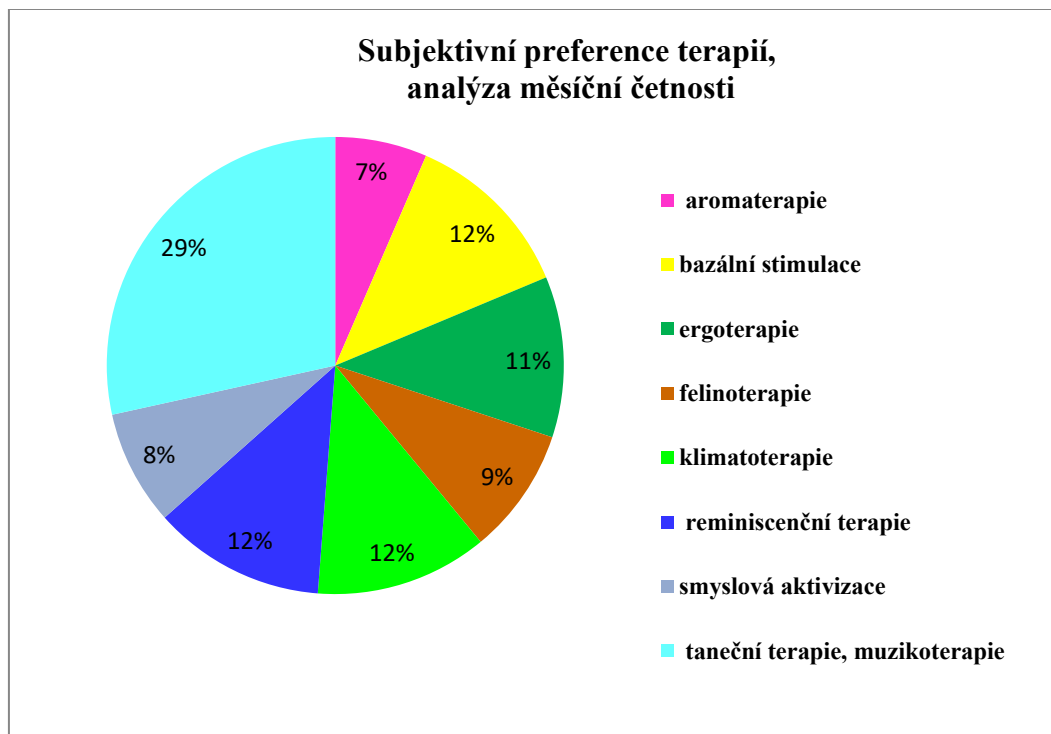
Některým obyvatelům, seniorům, kteří vyžadují klid, někdy paní Jana „*leze na nervy*“.

- **návrh intervencí**

Vzhledem k úrovni mentálního postižení klientky vyžaduje způsob jednání individuální specifický přístup. Z pohledu nezasvěcené veřejnosti by se mohlo zdát, že komunikační modely používané v konkrétní komunikaci směřující od ošetřujícího personálu ke klientce vykazují prvky infantilnosti. Při první interakci s klientkou je nutné znát rozdíly v komunikaci, prožívání, vnímání. Novým obyvatelům, seniorům, citlivě vysvětlit jedinečnost klientky. Ve skupinové práci je paní Jana plnohodnotným členem, prostřednictvím skupinové i individuální práce docházelo k realizaci příležitostí k rozvíjení

omezeného potenciálu. Lze předpokládat, že zapojením do týmové práce dojde u klientky k posílení pozitivního přijetí a zlepší se i sociální klima prvního oddělení. Preference terapií ukazuje následující grafické znázornění.

Graf č. 3: Měsíční preference terapií paní Jany



Zdroj: Vlastní šetření DD Sušice říjen 2015 – leden 2017

Kazuistika pana Karla

Pan Karel se narodil v roce 1929 v pošumavské vesnici Budětice. V domově je ubytovaný třetím rokem na jednolůžkovém pokoji, z důvodu ztráty soběstačnosti po CMP. Realizace rozhovorů patřila v případě pana Karla k nejsnazším, od mého dětství byl klient rodinným přítelem, kamarádem mého zesnulého dědečka. Při sestavování kazuistiky a realizaci šetření jsem zachovával k panu Karlovi profesionální přístup, nekládal jsem do práce osobní vazby, abych zamezil nebezpečí ztráty odstupu a nezakreslil výsledky šetření.

Obrázek č. 5: Pan Karel při realizaci rozhovoru



Zdroj: Vlastní fotografie pořízená při realizaci rozhovoru

- **charakteristika**

Pan Karel byl celý svůj život soběstačný až do svých 80let. Žil sám v rodinném domku, staral se o svou domácnost a hospodářství. Žít v institucionálním zařízení se rozhodl z důvodu ztráty soběstačnosti. Každému komunikačnímu partnerovi sděluje, že je v domově nedobrovolně a nelíbí se mu zde. Stále se neadaptoval na novou životní situaci.

Stále si nechává naději, že na jaře půjde domů, jen se musí rozchodit. To jej motivuje a snaží se rehabilitovat.

- **rodinná anamnéza**

Pan Karel se narodil koncem 30. let 20. století. Otec klienta patřil k největším sedlákům ve vsi, předpokládalo se, že jediný syn se stane nástupcem. Klient měl 3 starší sestry. Rodiče neměli harmonické manželství, tento fakt provázal celé dětství pana Karla. Často vypráví, jak tvrdě museli všichni pracovat, otec je fyzicky trestal za každý malý prohřešek i neposlušnost. Vesnický život byl spojen se zvířaty a přírodou, byl to jediný zdroj obživy. Časté vzpomínky pana Karla směřovaly do doby druhé světové války. Starší sestry musely odejít na nucené práce do Zlína, později se na Moravě všechny proti vůli otce provdaly a na Šumavu se již nevrátily. Na hospodářství setrval pan Karel s rodiči sám, vystudoval hospodářskou školu v Sušici. Válečná léta se odrazila na zdraví otce, který krátce po válce zemřel. Mladý Karel udržel grunt do roku 1950. V době kolektivizace vesnice o grunt přišel, byl zlikvidován. Nejprve pracoval v JZD, později až do důchodu jako řidič ZKD,

- **osobní anamnéza**

Pan Karel celý život prožil v rodné vesnici, nikdy se neoženil. Po smrti otce se staral o rodný grunt, pečoval a doprovodil matku v její těžké nemoci až do smrti. Vždycky měl všechno vzorně uklizeno, zorganizováno. Dokázal si uvařit. V rozhovorech zdůrazňuje: „*Uvařil jsem si všechno a lépe než kdejaká ženská*“. Klient je hluboce věřící člověk, který ctí tradice, pravdu a nenávidí nespravedlnost. Láska k přírodě byla největším koníčkem jeho života. Byl aktivní myslivec, choval drobná hospodářská zvířata, miloval svého psa, který mu v domově nejvíce chybí.

Pan Karel od dětství zažíval tvrdou výchovu, přísně se v životě choval i k sobě. V rozhovorech zdůrazňoval, že se každý den otužoval a 2x týdně navštěvoval saunu. V domově nenávidí přetopení ve všech místnostech, a to, že mu není umožňováno se dvakrát denně sprchovat. Zdravému životnímu stylu klient při sezení připisoval velký význam, do svých 60 let nebyl nemocný pro respirační onemocnění. Vážnější zdravotní potíže zaznamenal až ve svých 61 letech po nešťastném pádu, při kterém došlo k poranění kyčelního

kloubu. V 80letech musel na operaci tříselné kýly a hydrokély, následně prodělal lehkou CMP. V 85letech se CMP zopakovala a zanechala na vitálním muži těžké somatické následky, došlo ke ztrátě pohybu levé ruky. Psychicky je pan Karel obdivuhodně vitální.

- **současný stav**

Potíže vzniklé po CMP donutily seniora, přehodnotit svoji životní filozofii, že dožije v rodném gruntu. Neteře a synovci, kteří zůstali po zemřelých sestrách, žijí daleko, jsou také v seniorském věku a někteří se strýcem nemají harmonický vztah. Terénní pečovatelská služba neuspokojila potřeby částečně imobilního seniora a bylo nutné pomoci. V době, kdy pan Karel přistoupil na ubytování v institucionálním zařízení, byl Domov důchodců v Sušici plný. Rodinná známá využila všech strategií, aby ubytování dostal přednostně hlavně z důvodu, že vzdálené zařízení by nepříznivě ovlivnilo psychický stav klienta, znemožnilo návštěvy vrstevníků a naději vrátit se domů, nebo se domů dojet podívat. V prvních týdnech pobytu byl pan Karel pokorný a vděčný klient, ošetrovací personál jej hodnotil jako nenáročného klienta. Po krátké době se pan Karel stal „postrachem“ zaměstnanců. Tuto skutečnost mapuji již v dlouhém časovém horizontu, jelikož za klientem pravidelně docházím od počátku jeho pobytu v domově. Několikrát se stalo, že ošetřující personál nevyšel s komunikačními modely, které byly používány v běžné praxi s problematickým klientem, musel kontaktovat rodinnou přítelkyni, aby pomohla a seniora zklidnila.

Senior poctivě rehabilituje, sleduje veškeré dění v domově, hodnotí činnost jednotlivých pracovníků v sociálních službách, sociálních pracovníc i lékařky. Pokud dojde k nějakým změnám v lécích, nesrovnalostech ve vyúčtování, neochotě personálu okamžitě informuje vedení domova, požaduje nápravu, kontaktuje zřizovatele a na týdenních schůzkách spokojenosti klientů osobně vytýká nedostatky. Pan Karel při všech rozhovorech uvádí a požaduje zaznamenat: *„Jsem v chudobinci, nejsem tady spokojen, doma je doma, ale co můžu dělat“*.

- **analýza případu**

U pana Karla je nutné pečlivě znát jeho sociální anamnézu, volit cílené komunikační modely. Při přípravě na rozhovory s klientem mi pomohly studijní materiály z přednášek Nové, odborná literatura Kopřivy a osobní znalost klienta. Z analyzovaných poznatků jsem došel k závěru, že k pohodě klienta je potřeba jednat vždy vstřícně, laskavě, diplomaticky, s úctou, nezesměšňovat, ani neverbálním projevem, jeho nároky, požadavky a respektovat zvyklosti. Klient je velice vnímavý a rezonuje. V interakcích k druhým dokáže být i laskavý, jak sám říká: *„Jak se do lesa volá, tak se z něho ozývá“*.

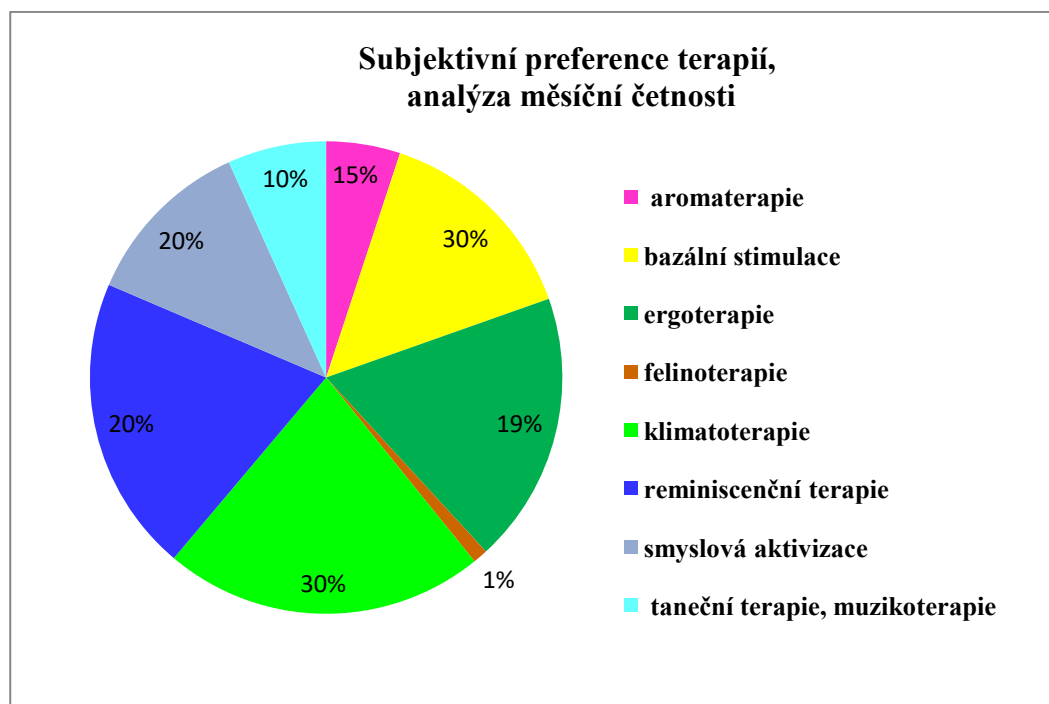
V přípravě na skupinové činnosti jsem vycházel z faktu, že pan Karel žil celý život sám, monitoroval jsem skutečnost, že klient se rozhodl pro skupinovou práci z osobních pohnutek, proto jsem v přípravné fázi ocenil jeho pomoc a projevil uznání, že se rozhodl do společné práce zapojit.

- **návrh intervencí**

U pana Karla je potřeba podpořit adaptační mechanismus, aby dokázal přijmout životní situaci, že institucionální zařízení je jeho novým domovem. Cíleně vyhledávat alternativní možnosti sociální práce v institucionálním zařízení, umožnit častější návštěvy rodného domu s doprovodem, neomezovat kontakt se zvířaty, respektovat potřebu realizace seniora zcela rozhodovat o svých financích, zajistit dostupnost konkrétní lékařské péče podle přání klienta.

K účasti na skupinových aktivitách nenutit, nechat na klientovi, aby si sám zvolil činnost, která mu bude vyhovovat. Z nabízených terapií klient preferoval činnosti spojené s pobytem venku, ergoterapii, reminiscenční terapii. Pan Karel se zajímal i o historii a politiku. Zjistil jsem, že klient preferuje spojení s přírodou v jakékoliv podobě.

Graf č. 4: Měsíční preference terapií pana Karla



Zdroj: Vlastní šetření DD Sušice říjen 2015 – leden 2017

Kazuistika pana Ing. Antonína

Pan inženýr Antonín se narodil roku 1934 na Slovensku v Levoči. V domově důchodců žije šest let, na dvoulůžkovém pokoji. Pokoj sousedí s pokojem pana Karla, senioři se spřátelili. Do domova se přestěhoval z důvodu ztráty soběstačnosti vzniklé po operaci

kyčelního kloubu, prodělané CMP a začínající demenci. Klient preferuje oslovovat pane inženýre, způsob komunikace je svérázný, často při interview mluvil slovensky. Předem domluvené rozhovory jsem často nemohl uskutečnit z důvodu indispozice klienta, rozmrzelosti, nesouladu s personálem. Každý uskutečnění rozhovor měl jinou atmosféru, aspektabilita klienta k šetřeným problémům byla originální.

Obrázek č. 6: Pan Ing. Antonín při realizaci rozhovoru



Zdroj: Vlastní fotografie pořízená při realizaci rozhovoru

- **charakteristika**

Pan inženýr se přestěhoval na Šumavu v roce 1956 ve svých 22 letech. Pracoval v Sole Sušice jako strojní inženýr, patřil k nejdůležitějším v konstrukčním týmu. V Sušici se oženil, založil rodinu. Dnes je vdovec, má dvě děti dceru a syna, kteří občas přijedou na návštěvu. Klient projevoval smysl pro humor, zajímal se o sport, kulturní dění ve městě a politiku. Na pobyt v domově má podobný názor jako pan Karel, pokud by nemusel a byl soběstačný, žil by ve svém panelákovém bytě a jezdil na chatu, kterou si sám postavil.

- **rodinná anamnéza**

Pan Antonín se narodil na Slovensku, dětství prožil v době druhé světové války. Rodinné zázemí hodnotil klient jako harmonické. Rodina udržovala tradice, scházeli se všichni i širší rodina, podporovali se i v době války. Otec byl hodinář, matka byla v domácnosti, starala se o pět dětí, později pracovala ve službách. Pan inženýr často vzpomínal na chvílky, kdy mlčky sledoval otce, jak spravuje hodiny, nejvíce se zajímal o velké stroje, proto se rozhodl studovat strojařinu. Poměrně brzy se osamostatnil, ale rodinné kontakty udržuje dosud. Slovensko mu chybí a nejraději by dožil v rodném kraji.

- **osobní anamnéza**

Z rozhovorů s panem inženýrem jsem poznal, že v jeho životě byla na prvním místě práce a rodina. Dbal na to, aby vše měl v naprostém pořádku. Děti vedl ke vzdělání. Často mi zdůrazňoval, že k úspěchu člověka přispívá jeho dokonalý zevnějšek. Klient rád organizoval různé společenské akce, preferoval společnost a zábavu. Rád tančil a zpíval, jak popisuje, nevynechal žádnou společenskou akci v Sušici. Litoval, že jeho vášeň pro společnost nesdílela manželka. Při otázkách zaměřených na minulost pan Antonín rád vzpomínal na dobu, kdy byla v Sušici kasárna, vojáky z povolání byli na posádce hlavně Slováci, se kterými si velice rozuměl, měli smysl pro jeho humor, a to jej těšilo. Produktivní život klient zasvětil hlavně práci, cestování a vzdělávání. Pan Antonín o sobě uváděl, že byl vždy impulsivní a temperamentní.

- **současný stav**

Těžký zdravotní stav a ztráta soběstačnosti byly hlavní důvody pro přestěhování do domova důchodců. Pan Antonín se na řád a podmínky života v institucionálním zařízení ani po 6 letech pobytu neadaptoval. Rád a hlasitě poslouchá hudbu, ale musí dodržovat večerní režim a vypnout produkci. Nařízení a zvyklosti domova jej omezují. Spojencem se mu stal pan Karel, společně dokážou řadu akcí bojkotovat. CMP zanechala klientovi tělesné postižení, které vyžaduje pravidelnou cílenou rehabilitaci. Nutné je i pravidelný trénink kognitivních funkcí. U klienta dochází i častým poruchám nálad a změně chování, své reakce si uvědomuje a vinu přikládá příkazům personálu.

- **analýza případu**

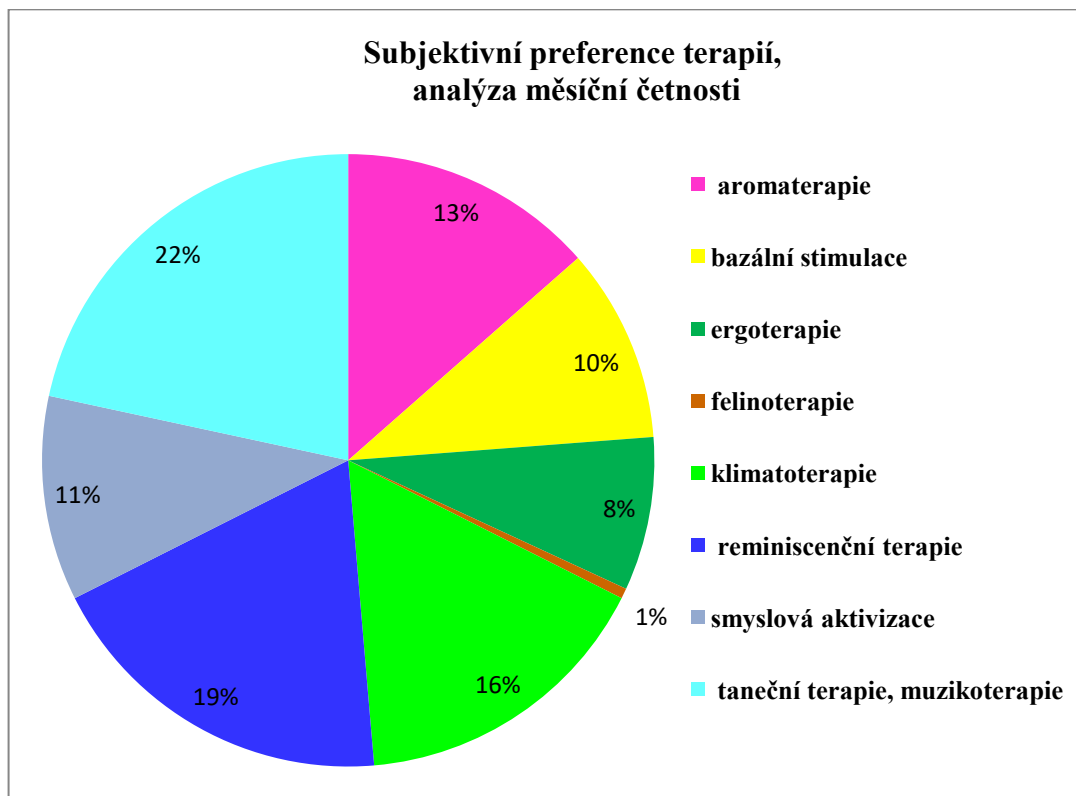
Rozhovory s panem inženýrem byly dlouhé i zajímavé, bohužel mnohá témata nejsou vhodná, a tudíž je nelze analyzovat pro účely šetření. Při podrobném rozboru realizovaných rozhovorů jsem došel k závěru, že pro pohodu klienta je důležité důstojné prostředí, přímé jednání a možnost realizace koníčků. Z konfliktních situací by měl personál raději odejít.

Skupinová práce byla pro klienta inspirativní, všiml jsem si, že pan Antonín kladně hodnotil a povzbuzovala jej přítomnost mladších žen.

- **návrh intervencí**

U klienta je nezbytná stálá, opakující se rehabilitace. Prvořadým cílem je najít vhodný motivační prvek, který by pomohl, aby klient přistupoval k aktivitám soustavně, dobrovolně a nalézal v nich potěšení. Častým tématem rozhovorů s klientem bylo rodné Slovensko, říkal: „*Že má v srdci národní hrdost*“. Po přepisu rozhovorů a konzultaci s aktivizační pracovníci jsem navrhl zařadit do rehabilitace prvky připomínající rodný kraj například pomocí muzikoterapie.

Graf č. 5: Měsíční preference terapií pana Ing. Antonína



Zdroj: Vlastní šetření DD Sušice říjen 2015 – leden 2017

Kazuistika pana Miroslava

Pan Miroslav se narodil v roce 1938 v malé šumavské vesničce Vlkonice, kde žil celý svůj život. Do domova důchodců odešel po smrti manželky, sám se o sebe nedokázal postarat. Manželství trvalo 60 let, ztrátu ženy nese těžce. Psycholog diagnostikoval těžkou depresi a šok způsobený ztrátou blízkého člověka, sociální pracovnice konstatovala, že se jedná o sociální smrt. Klient je ubytován s panem Antonínem, který jej i přizval do realizační skupiny. Rozhovory s panem Miroslavem jsem uskutečňoval v jeho pokoji, v klidu. Přístupoval velice citlivě. Při prvních rozhovorech byla přítomna i aktivizační pracovnice, která také sestavovala sociální anamnézu klienta.

Obrázek č. 7: Pan Miroslav při realizaci rozhovoru



Zdroj: Vlastní fotografie pořízená při realizaci rozhovoru

- **charakteristika**

Pan Miroslav celý život pracoval v dělnické profesi, pracoval v dřevařské firmě společně s manželkou. Vyráběli hračky a zahradní nábytek. S manželkou a dětmi trávil klient veškerý čas. V důchodu jezdili manželé společně do lázní. Rodina žila pokojným vesnickým životem. Pan Miroslav pečoval o zahradu, choval drobná zvířata a zveleboval rodinný domek. Byl členem místních zájmových organizací a aktivně se zapojoval do jejich činností. K realizační skupině se klient připojil dobrovolně, ale spíše činností přihlížel.

- **rodinná anamnéza**

Klient prožil celý svůj dosavadní život v jednom místě, ve své rodné vesnici. Mimo obec byl jen v době základní vojenské služby a v čase, kdy jezdil s rodinou na dovolené. Rodinný dům, který si sám opravil a zveleboval, je pro klienta stěžejním smyslem života. Rodiče pana Miroslava pracovali v zemědělství, senior uvádí, že byli „chalupníci“. Dětství hodnotil jako klidné, vyrůstal obklopený přírodou, politika, neshody ho nezajímaly. Při rozhovorech pan Miroslav stále s pláčem opakoval, že žil jen a jen pro rodinu. S manželkou vychovali dvě děti, dceru a syna. Dcera brzy ovdověla, a tak se starali i o vnoučata. Děti i vnoučata odešly za prací do města. Pan Miroslav zdůrazňoval, že se nechce dožít situace, aby byl jeho dům prodán.

- **osobní anamnéza**

Přepisem a kódováním rozhovorů s panem Miroslavem jsem dospěl k závěru, že pro klienta byl v životě nejdůležitější rodinný život. Činnosti spojené se zajištěním harmonického rodinného života, byly hlavním cílem každodenních aktivit. Senior ztrátou

blízkého člověka a ostatních životních hodnot propadl apatii. Děti i vnoučata pracují v náročných profesích a není v jejich silách ani možnostech poskytnout členu rodiny psychickou podporu i adekvátní péči, kterou by potřeboval. Děti a vnoučata se střídají v pravidelných návštěvách a snaží se vynahradit otci časový handicap. V letních měsících chtěl syn vzít otce domů, pan Miroslav nechtěl, návrat zpět do domova by těžce nesl. Konstatoval: „*Je velice bolestné se vracet zpátky a vidět, jak dům chátrá*“.

- **analýza případu**

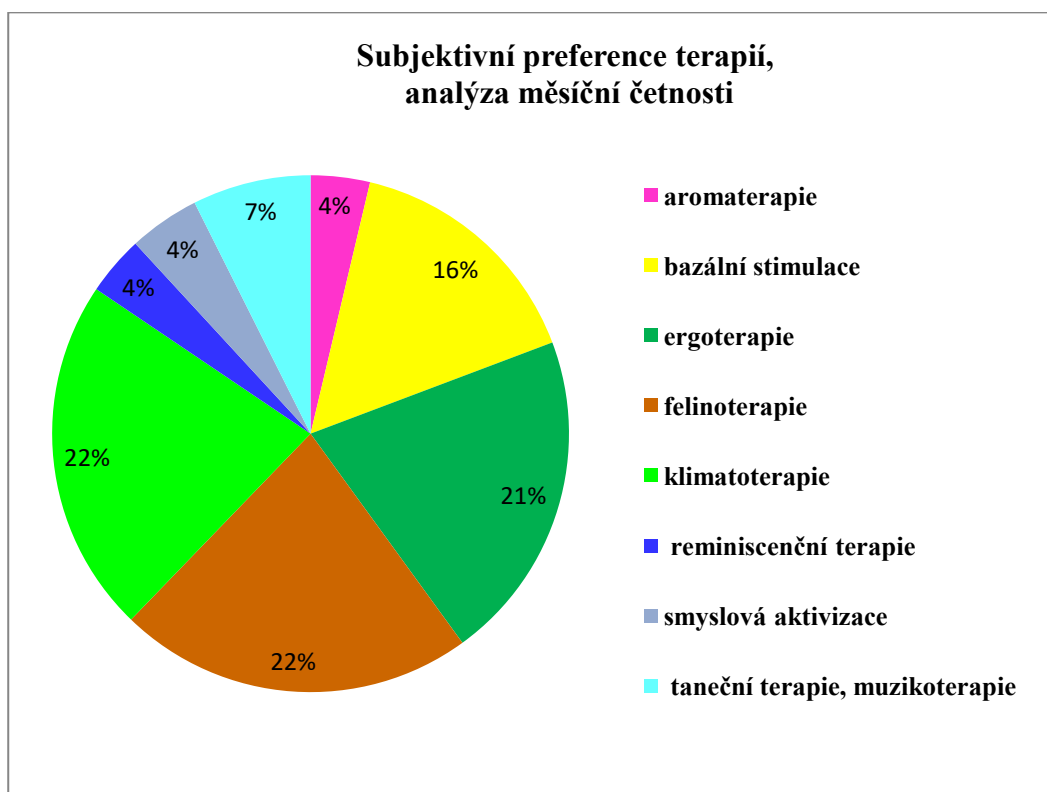
Pan Miroslav nepřijal současnou životní situaci, do domova se stěhovat nechtěl. Chtěl dožít ve svém domě. Ztráta manželky, prodělané nemoci a nové prostředí byly pro seniora stresující, těžké faktory. Často říká, že je to šok. Klient ztratil smysl života. V rozhovorech uváděl, že by chtěl také odejít za manželkou. Sociální pracovníce monitorovaly denní režim klienta s cílem zapojit ho do běžných každodenních činností domova. Klient se projevoval apaticky. V budoucnu ošetrovatelský tým doporučoval pomoci najít pro pana Miroslava nový smysl života, i když je odkázán na péči a pomoc druhých. Stěžejní úkol pro další pobyt klienta je, aby přijal životní realitu a v institucionálním zařízení našel nový domov.

- **návrh intervencí**

Na základě studia a analýzy dokumentace je pro klienta nutná psychosociální rehabilitace zaměřená především na posílení adaptačních mechanismů s cílem dosáhnout deeskalace a prevence vzniku translokačního syndromu.²³ Nenásilně zapojit seniora do činností, které by preferoval. Pan Miroslav se do činností realizační skupiny připojil po několika měsících pobytu v zařízení, díky podnětu spolubydlicího pana Antonína. Činnosti nejprve jen pozoroval, později preferoval ergoterapii, felinoterapii. Na základě analýzy skupinových pozorování bych pro další etapy práce doporučoval pracovní činnosti zaměřené na posílení sounáležitosti s ostatními klienty, návštěvy přednášek tematicky zaměřených na přírodu a kutilství. Díky absenci zájmu o některé aktivity a terapie ve skupině je případová studie pana Miroslava velmi stručná oproti druhým klientům. Přesto jsem se rozhodl o její zařazení do mé diplomové práce, protože takovýto klienti se v zařízeních sociální péče vyskytují.

²³ Translokační syndrom – vzniká v důsledku přemísťování starého člověka z místa na místo, projevuje se zmateností, neklidem, depresí, apatií až odmítáním života

Graf č. 6: Měsíční preference terapií pan Miroslav



Zdroj: Vlastní šetření DD Sušice říjen 2015 – leden 2017

4.7 Implementace aktivizačních terapií

„Je zbytečné se ptát, má-li život smysl či ne. Má takový smysl, jaký mu dáme.“
(Seneca)

Prvořadým cílem diplomové práce bylo zjistit přínos konkrétní terapie pro gerontologického klienta v institucionálním zařízení. V domově důchodců mi umožnili za pomoci aktivizačních pracovníků realizovat preferované terapie v praxi a ověřit, jak reflektují, vnímají a prožívají aktivizační terapie konkrétní klienti.

Realizace skupinových setkání probíhala většinou každý pátek, po dobu přibližně jednoho roku bylo na 38 setkáních s různým zaměřením ověřeno několik stěžejních terapií. Využíval jsem poznatků metody sociální práce definovaných Matouškem, preferoval postupy určené pro cílový subjekt jednotlivce i skupinu. Obsah aktivizačních skupinových sezení jsem sestavil na základě analýzy případových studií implikovaných zájmů a činností. Operativně je upravoval podle aktuálních potřeb klientů, několikrát i improvizoval s cílem zajistit ideální klima skupiny a pohodu všech seniorů.

Přestěhování člověka z jeho přirozeného sociálního prostředí přináší zátěžovou situaci a stres. V životním období stáří je adaptační mechanismus oslaben a odchod z milovaného domova do institucionálního zařízení je pro seniora složitou životní událostí. Dochází ke změně zaběhnutého denního rytmu, životního stylu. Přejít do nového prostředí přináší

řadu významných, mnohdy nevíтанých změn, které seniora limitují. Potřeba soustavné péče a částečné bezmoci nemusí nutně omezit kvalitu života člověka v období stáří. V rezidenčním zařízení je potřeba pomoci seniorovi v nové životní etapě najít smysluplné činnosti. Případové studie potvrdily, že aktivizační terapie přispěly k smysluplnému využití volného času v domově důchodců. V realizační skupině jsme ověřovali aromaterapii, arteterapii, bazální stimulaci, ergoterapii, klimatoterapii, muzikoterapii, reminiscenční terapii, smyslovou aktivizaci, zooterapii (felinoterapii).

Skupinové setkání probíhala v aktivizační místnosti, předkládané techniky a metody sociální práce byly konstruovány z více druhů terapií pro jedno sezení i tematicky čisté terapie se prolínaly.

Obrázek č. 8: Aktivizační místnost domova důchodců



Zdroj: Fotodokumentace poskytnutá aktivizační pracovníci domova

4.7.1 Aromaterapie

Člověka po celý jeho život provázejí vůně, které vnímá pozitivně i negativně. Odborná literatura zařazuje aromaterapii k alternativním způsobům terapií. V domově důchodců kladou důraz na vkusné, praktické, účelové vybavení i kvalitu prostředí v každém místě interiéru. Příjemná vůně přispívá k pohodě nejen klientů, ale i personálu a návštěv. V zařízení preferují především využití domácích ekologických zdrojů. K nejčastěji používaným aromaterapeutickým prostředkům patří levandule z domácí produkce, dále éterické oleje z citronové trávy, cedrové a santalové dřevo, jasmín a růže aplikované s cílem eliminovat případné pachy, které by se v zařízení mohly vyskytovat.

S realizační skupinou seniorů jsme pozitivní účinky aromaterapie ověřovali při každém setkání. Aromaterapie patřila k nepřímým aktivizačním metodám. Při úvodních setkání jsem zmapoval, jestli některý senior netrpí alergií na později zvolené aromatické pomůcky. Alergické reakce byly vyloučeny i potvrzením prostudované anamnézy každého klienta. Na každém sezení jsme si zapalovali aromatickou svíčku, která naplnila prostředí

příjemnou vůni. Abychom určili co nejefektivnější vůni, která by měla pozitivní přínos pro celou skupinu, požádali jsme o radu aromaterapeutku, která donesla vzorky, které senioři zhodnotili a společně vybrali nejpříjemnější. Zvolili jsme kvalitní vůni „Dyana decker johary – obsahující: kosatec, jasmín, lilie, mandarinka, fialka, heřmánek, koriandr, pačuli, tonk“, ze sortimentu Sarong Praha.²⁴ Pro pohodu klientů je nutné preferovat kvalitní pomůcky, protože levné náhražky mohou způsobovat podráždění sliznic a bolesti hlavy.

Senioři vnímali aromaterapii pozitivně, zvláště ženy. Paní Olga ráda používala parfémy, k jejím oblíbeným patřil Gucci, používanou vůni podstupovala i paní Janě a Zdeňce, které vždy měly radost a příjemný pocit. U mužů byla aromaterapie hodnocena pozitivně. Do aromatických prostředků jsme zařazovali i vůni kávy, čokolády, tabáku, rumu. V rámci ergoterapie, kterou determinuji v jedné z dalších kapitol, jsme vyráběli aromatické sáčky do pokojů klientů.

Realizační skupina ověřila kladné účinky aromaterapie u gerontologického klienta. V domově důchodců s aromaterapeutickými prostředky cíleně pracují, pozoroval jsem, že u klientů v terminálním stádiu života je aromaterapie prostředkem, který dokáže „zpříjemnit“ poslední fázi života.

4.7.2 Arteterapie

Arteterapie je terapie, která se aplikuje u klientů rezidentního zařízení jako nepřímá metoda. V domově jsou aktivizační pracovníce proškoleny o vlivu barev na člověka. Interiér je laděn v pastelových uklidňujících barvách.

Laická veřejnost většinou vnímá arteterapii, jako činnost, která působí na klienta pomocí výtvarného umění, že člověk musí umět malovat. Tento názor převládal i u seniorů, k této terapii se v začátku stavěli odmítavě, nedůvěřivě. Při rozhovorech jsem zjistil, že na barevné podněty senioři reagují, zvláště ženy potěšila barevná květina, nebo barevně prostřený stůl. Hovořili jsme i o výtvarném projevu člověka. Pan Antonín se smíchem konstatoval, že vždycky, když se na poradách nudil, kreslil si různé vtipné obrázky. K tomuto názoru se přidali i další senioři a rozhodli se experimentovat. K pomůckám patřily fixy, pastely, nebo barvy na ruce. Máčení rukou do barvy a následné nanášení na lněný ubrus patřilo u seniorů k nejzábavnější arteterapeutické technice. Ubrus nás pak provázel skupinovým sezením, mimo jiné symbolizoval i sociální sounáležitost skupiny klientů.

Překvapivým zjištěním bylo, že senioři preferovali omalovánky pro seniory, které vybarvovali při poslechu hudby. Z počátku jsem měl ze zařazení omalovánek obavy, aby

²⁴ Sarong Praha – společnost zabývající se prodejem speciálních pomůcek pro Aromaterapii, kamenná prodejna Na Poříčí 1038/6, www.sarongpraha.cz.

nedošlo k pocitům infantilismu. Předtisky, které seniory zaujaly, používaly jako dekoraci pokojů, dárky pro své blízké. V realizační skupině jsme používali prvky arteterapie v činnostech, které pomáhaly klientům k uvolnění, snížení napětí. Využití barev i výtvarných technik při práci se seniory přispělo k semknutí skupiny a podpořilo pozitivně sociální klima skupiny, některé techniky prožívali senioři spontánně, uvolněně a bavili se. Činnosti je částečně odpoutali i od somatické bolesti.

4.7.3 Bazální stimulace

Domov důchodců v Sušici získal platný certifikát pro tento druh péče v roce 2013. Vedení domova umožňuje a hradí všem zaměstnancům na pozici pracovníka v sociálních službách kvalifikační kurz a vítá, pokud tuto možnost zaměstnanci využijí.

Bazální stimulaci definuji v teoretické části práce, pro praktickou aplikaci jsem vycházel z poznatků Friedlové.

Bazální stimulace je koncept, který v nejzákladnější rovině posiluje lidské vnímání. Od narození člověka až po jeho úmrtí provází člověka blízkost a dotyk druhého. Z vlastní praxe reflektuji případy, kdy dětem chybí v rodině pohlázení a fyzický kontakt, vynucují si jej a vyžadují při každé vhodné příležitosti, například nechtějí usínat bez podání ruky. I pro seniory je dotyk podstatným prvkem v péči, pokud je příjemný a od pečujícího, který jej umožňuje s empatií a láskou.

V teoretické rovině jsem prvky stimulace nastudoval, ale pro praktické využití v přímé interakci, z nedostatku praktických zkušeností a částečně i určitého ostychu, jsem zvolil jen podání ruky, případné pohlázení, pokud to vyžadovala situace. Podáním ruky a přivítáním začínalo každé setkání. Dlouhé držení za ruku vyžadovala hlavně paní Jana a paní Olga. U pana Karla a pana inženýra docházelo k bazální stimulaci okrajově individuálně, například, když potřebovali namasírovat záda, nohy.

V domově jsou všechny pokoje označeny pokyny a návodem, jak provádět bazální stimulaci u konkrétního klienta. Ošetřující personál oslovuje veřejnost (rodinu, návštěvy, příchozí), aby se do konceptu zapojili. Při pozorování průběhu využití bazální stimulace v zařízení jsem zjistil, že při každodenním provozu, pracovnímu přetížení i střídání zaměstnanců není v silách personálu, aby byla metoda aplikována v odpovídajícím rozsahu. Pravidelnými návštěvami fyzioterapeutky a prováděním terapie jsou zohledněni klienti, kteří indikaci bazální stimulace nejvíce potřebují. Formulář používaný k dokumentaci bazální stimulace dokladuje příloha č. 3.

Obrázek č. 9: Ukázky bazální stimulace prováděné fyzioterapeutkou domova



Zdroj: <http://www.socialni-susice.cz/aktivity/bazalni-stimulace/>

4.7.4 Ergoterapie

Pracovní rehabilitační terapie, ergoterapie, patřila v domově k nejpoužívanějším terapiím, které jsou klientům předkládány. Realizační skupinou jsme v pracovních činnostech formulovali a vytvořili několik pracovních postupů, které jsme postupně ověřovali s cílem zjistit, zda přispěly ke zlepšení schopností klienta vykonávat funkční činnosti. Ve skupině bylo několik klientů po CMP, kteří potřebovali soustavnou rehabilitaci, aby nedocházelo k úbytku motorických funkcí. Pracovní terapie patří k přirozeným činnostem člověka. Prvořadým úkolem sezení bylo, aby zvolená technika byla pro klienta smysluplnou činností. Při plánování pracovních činností jsme kladli důraz na to, aby některá činnost neměla známky infantilismu.

V rámci ergoterapie jsme realizovali činnosti, které umožňovaly finanční možnosti domova, originální činnosti, které preferovali někteří klienti (stavba modelů, založení zahrady), byly ekonomicky nákladné, nerealizovatelné. Při 11 sezení jsme se zaměřovali na činnosti spojené se sebeobsluhou, většinou ženy skládaly prádlo a muži zapínali knoflíky, zipy. Při pracovních činnostech klienti rádi vzpomínali, vyprávěli, nebo pouštěli hudbu. V období Vánoc ženy pekly perníky, aktivizační pracovnice uváděla, že nejoblíbenější činností žen je zadělávání těsta. V jarních měsících senioři projevili zájem v rámci ergoterapie přesazovat květiny, v regionu, kde klienti žili, byla práce s půdou denní záležitostí. Na Velikonoce muži pletli pomlázku a ženy barvily vajíčka.

Ergoterapie přispěla u klientů k pocitu prospěšnosti. Činnosti pozitivně hodnotily hlavně ženy, které se zapojovaly do každého pracovního postupu se zájmem, muži preferovali hlavně „mužské“ činnosti. Hlavním cílem ergoterapie bylo, aby byla zachována soběstačnost klienta co nejdéle, našel nový smysl života i v institucionálním zařízení a nedocházelo k disabilitě.²⁵

²⁵ Disabilita – omezení některých fyzických, psychických nebo sociálních funkcí

Obrázek č. 10: Klientky při ergoterapii



Zdroj: Vlastní fotografie

4.7.5 Klimatoterapie

Ověřit přínos klimatoterapie pro gerontologického klienta v institucionálním zařízení byl poměrně náročný úkol z důvodu, že všichni členové kromě jediné klientky Jany, byli částečně imobilní. Zajistit pobyt na čerstvém vzduchu šlo realizovat pouze za asistence dalších osob. V průběhu šetření se podařilo absolvovat celkovou klimatoterapii pouze třikrát za pomoci studentek oboru Sociální činnost, které vykonávaly v zařízení stáž. Klienti, kteří jsou stále ve stejném prostředí domova, při všech sezení preferovali klimatoterapii před všemi ostatními. Často jsem od všech, mimo paní Janu, která se orientuje samostatně, zaznamenal přání: „*Kéž by bylo možné dostat se častěji ven*“. Individuálně jsem klimatoterapii realizoval s každým klientem. V době odpovídajícího počasí jsme uskutečnili několik vycházek kolem řeky a do města, někdy v doprovodu paní Jany. Klienti se v zařízení pohybují pomalu, mají kompenzační pomůcky chodítka, pro venkovní vycházky, bylo nutné požádat o vozík.

Při plánování a následné aplikaci klimatoterapie mimo domov, jsem byl upozorněn aktivizačními pracovníci, že je nutné dbát zvýšené opatrnosti, aby nedošlo k úrazu. Každý klient má v domově kmenového pracovníka, který zodpovídá za bezpečí a komfort klienta. V případě úrazu by mohlo dojít ke sporu s rodinou a z tohoto faktu nebyla realizace dlouhodobější klimatoterapie pozitivně vnímána ošetřujícím personálem.

Za podpory paní ředitelky, aktivizačních pracovníků a studentek došlo k realizaci jedné poměrně náročné klimatoterapie pro pečující, která splnila několika klientům jejich přání a sen navštívit ještě kapli Anděla strážce, umístěné nad Sušicí v náročném stoupání vzdálené 2,5 kilometru. Chtěl jsem, aby se do akce zapojila celá realizační skupina, muži odmítli, mají svoji hrdost a nechtěli, aby se s nimi na vozíku dřely ženy. Paní Jana, Zdeňka a Olga z této aktivizační terapie měli hluboký zážitek, ze kterého čerpají i nyní. Mužské části skupiny jsme dovezli z akce fotografie a svaté obrázky. Dárky podpořily klima skupiny.

Další úspěšné klimatoterapie proběhly při Dnu seniorů, při výletu do lázní Vráž. V rámci šetření jsem zjistil, že klienti reflektují na klimatoterapii kladně. Změna prostředí i na malý časový úsek je klienty pozitivně vnímána, zlepšuje psychické prožívání, preventivně působí proti vzniku syndromu deondice, imobility a hypomobility. Ukázky klimatoterapeutických aktivit dokumentuje příloha č. 4.

4.7.6 Muzikoterapie

Muzikoterapie patří k velice prospěšným metodám pro celou řadu klientů, a i pro všechny v pomáhajících profesích ji můžeme definovat jako součást psychohygieny. Hudba provází člověka celý život. Senioři vnímají hudbu pozitivně, částečně pomáhá i zapomenout na psychická traumata a somatické bolesti.

V domově patří využití hudby k nejvíce oblíbeným aktivitám. Každý týden na jednotlivá oddělení dochází harmonikář. Jednou měsíčně je muzikoterapie propojena i s taneční terapií, která se řadí mezi nejpřirozenější somatické terapie. Domov v minulosti navštívil pan Valenta, který ukazoval prvky taneční terapie s imobilním klientem. V domově je hudba šířena i rozhlasem, když má klient narozeniny, jmeniny nebo si zaslouží ocenění, sociální pracovníce mu nechávají zahrát jeho oblíbenou písničku.

Realizační skupina reagovala na účinky hudby pozitivně. Zvláště paní Jana, Zdeňka a pan inženýr Antonín velice rádi poslouchali hudbu. Paní Olga preferovala vážnou hudbu, ostatní klienti neměli vyhraněný hudební žánr. Při realizaci skupinových setkání bych definoval muzikoterapii jako podpůrný prostředek při skupinové práci. Hudba doplňovala především ergoterapii a částečně se promítala do vzpomínkové terapie, mnozí klienti si vzpomněli na celé dlouhé již zapomenuté texty lidových písní.

Při verifikaci účinků muzikoterapie u gerontologického klienta jsem došel k závěru, že hudba působí na seniory i motivačně. Motivační aspekt terapie například dokladoval reprodukováný koncert Václava Neckáře²⁶ „*Mezi svými*“, který jsme shlédli s naší realizační skupinou. Klienti po CMP sledovali se zájmem každý zpěvákův pohyb a následně jsme diskutovali o vůli, účincích rehabilitace a vlivu muzikoterapie na lidský organismus. Senioři kladně hodnotili i cvičení s prvky taneční terapie, kterou doprovázela relaxační hudba.

²⁶ Václav Neckář - český zpěvák, který prodělal CMP

Obrázek č. 11: Pan Karel při muzikoterapii



Zdroj: <http://www.socialni-susice.cz/fotogalerie/grilovani/>

4.7.7 Reminiscenční terapie

Život konkrétního člověka je neopakovatelným individuálním procesem, který provázejí jedinečné okamžiky, zážitky, které v mysli zanechávají osobitý obraz, vzpomínky. Vzpomínky nás provázejí a jsou součástí naší osobnosti. V každém okamžiku si může pustit „náš vzpomínkový seriál“ nebo se i o ně podělit s druhým člověkem. V životě seniorů jsou vzpomínky důležitým prvkem při každé aktivitě. Vzpomínky přinášejí člověku příjemné pocity spojené s fyzickým uvolněním, ale mohou vyvolat i negativní traumatizující okamžiky.

V průběhu přípravy na realizaci reminiscenční terapie jsme s aktivizačními pracovníci provedli rekapitulaci dosavadního života klienta s prvořadým cílem zajistit psychickou pohodu a bezpečí seniorů. Podkladem pro individuální i skupinovou reminiscenci byla data získaná přepisem a interpretací rozhovorů a podrobná analýza kazuistik. Pracovat se vzpomínkami konkrétního klienta vyžaduje od pracovníka profesionalitu, odborné zkušenosti a emoční inteligenci. Analyzoval jsem své možnosti a dospěl k závěru, že vzpomínkovou terapii budeme konceptualizovat podle přání klientů, abychom zamezili emočnímu strádání, zamezili otevření bolestivých míst, připomenutí traumatizujících událostí a zajistili diskrétnost.

Reminiscence probíhala v individuální formě interakcí s každým klientem při rozhovorech, relevantním cílem bylo vytvořit pro klienty něco konkrétního, hmatatelného, v případě pana Karla měla individuální reminiscence konkrétní námět, vytvořit rodokmen. Při přípravě pomůcek skupinové reminiscence jsem preferoval poznatky Špatenkové, dbal

praxí ověřených zásad a skupinová setkání s tematikou reminiscence zařadil ke konci sběru dat.

V domově důchodců na každém oddělení doplňuje moderní interiér i reminiscenční koutek, dokumentuje příloha č. 5.

- **individuální reminiscence**

Při individuální reminiscenci má klient větší prostor pro intenzivní sdílení vzpomínek. V rezidentním zařízení mají lidé často pocit odosobnění, klienti často vyjadřovali lítost nad skutečností, že ošetřující personál nemá čas si s nimi povídat. Při pozorování jsem zjistil, že k oblíbenějším pracovníkům patří ti, kteří se dokážou zastavit a zavzpomínat. Každá věc denní potřeby je nositelem vzpomínek a přináší asociaci konkrétního individuálního prožitku, který potřebuje senior někomu sdělit.

Reminiscenční terapie disponuje s řadou variant aplikace, které vždy vychází z potřeb klienta. Senioři ve sledované skupině byli velice kreativní a všichni mimo pana Miroslava, u kterého nebylo vhodné, vzhledem ke snížené adaptibilitě na nové prostředí a možnému nebezpečí z interpersonálního traumatu plně využít reminiscenci, se rozhodli vytvořit artefakt.

Individuální reminiscence byla při závěrečné rozpravě o terapiích vyhodnocena klienty jako nejpříjemnější aktivita, která přinesla i hmatatelné konkrétní výsledky.

Paní Olga při vyprávění vzpomínala na školní léta, vyprávěla o přísném panu učiteli, který je nutil zpracovávat herbář. Popisovala, jak ji to nebavilo, aktivitu negovala. Projevila zájem, že v současné době, by si herbář i dobrovolně ráda znovu vyrobila. Na Vánoce, když byla doma, si přivezla část starých listů a v rámci možností začala sbírat materiál. V době ukončení sběru dat měla paní Olga zpracováno 5 listů. Se sběrem materiálů paní Olze pomáhali aktivizační pracovnice a stážisté. Reminiscence byla u paní Olgy pozitivně vnímána, každý list herbáře byl spojen s příběhem i odborně popsán a doplněn případným účinkem byliny na lidský organismus. Klientka si dokázala vybavit přítomnost byliny v určitém léku, se kterým se setkala v lékařské praxi manželových rodičů.

Paní Zdeňka při vzpomínkách velice ráda vyprávěla o tom, jaká byla věhlasná kuchařka a jak ráda vařila a pekla vnoučatům. V rámci vzpomínkové terapie se rozhodla sestavit receptář. Pomůcky nebyly náročné, stačil velký sešit a propiska. U paní Zdeňky sepisování procvičovalo i motoriku. V době konce šetření měla seniorka dva sešity receptů, u některých sice chyběla gramáž, ale jinak byly velice kvalitní. Klientka konstatovala, že si určitě vzpomene a domluvila se s jednou ze stážujících žákyň, že jí recepty přepíše na počítači.

Paní Jana se na vzpomínky vzhledem k intelektu nedokázala plně soustředit. Při rozhovorech si vybavovala nedávné události, výlety, sezení v cukrárně, Mikulášské nadílky, hudební produkce. Ráda vzpomínala na dárky, které dostala. Reminiscenční pomůckou pro paní Janu byly fotografie, které klientce připomínaly příjemně prožité okamžiky. V průběhu aktivizačních terapií si paní Jana vytvořila vzpomínkovou nástěnku, na které měla fotografie z výletů, akcí doplněné datem konání a drobnými dárky, které případně dostala.

Pan Karel vzpomínkovou terapii vítal. Vzpomínal rád a často, zajímal se o historii, hlavně o rodovou linii svých předků. Jeho přáním bylo sestavit rodokmen. V průběhu individuální reminiscence jsme zaznamenávali do časových os a na čtvrtky data týkající se rodu Šmatů, které jsme následně předávali synovci pana Karla, který objížděl archivy a získával prameny. Sebraná fakta elektronicky zasílal, pan Karel je selektoval, vyhodnocoval a studoval. Pravidelnost předávání některých dat byla spojena i s osobní návštěvou synovce pana Karla v institucionálním zařízení. Před realizováním sběru dat rodokmenu neměl pan Karel se synovcem harmonický vztah, komunikovali minimálně, reminiscence pozitivně přispěla k navázání kontaktu a zlepšení interpersonálního vztahu mezi oběma muži. Klient byl na vytvořený rodokmen hrdý, často v něm listoval a v budoucnu jej hodlal doplnit fotografiemi. Poslední léta považoval pan Karel sestavení genealogie rodiny Šmatů za svůj primární úkol. Rodokmen je zpracován na velmi dobré úrovni s bohatým doplňujícím faktografickým materiálem, škoda, že se s ním senior těšil jen krátkou dobu. Na základě doporučení vedoucí diplomové práce, jsem se rozhodl zařadit do příloh celou genealogii pana Karla.

Pan Ing. Antonín se při realizaci konkrétní reminiscenční pomůcky zaměřil na své pracovní cesty. Z dochovaných fotografií sestavoval mapu cest, kterou doplňoval příběhy, které mu utkvěly v paměti. Snažil se vybavit jména spolupracovníků i lidí, se kterými se setkal. Reminiscence s panem inženýrem měla svá jedinečná specifika, byla nutná interpersonální senzitivita, neboť některá sdělená data byla intimní. Z rozhovorů s panem inženýrem interpretuji úryvek na téma vzpomínky: *„Kamaráde, je potřeba a pořádně si všeho užít v mládí, protože až Tě zavřou někde do chudobince, budeš se mít čemu smát a vracet se tam kdes byl rád. To je tady jediná svoboda. Vzpomínky je třeba nasbírat, dokud to jde, kdo je nemá, toho poznáš, podívej se tady kolem....., ten, kdo nemá krásné vzpomínky, je mrzutý a škarohlíd. Vzpomínky dávají svobodu všude, hlavně ať je nezapomenu.“* Následoval upřímný smích.

- **skupinová reminiscence**

Reminiscence minimalizuje depersonalizaci, prolamuje pocit izolace a přispívá sociabilitě i vzniku nových vztahů. Skupinová reminiscence pomáhá klientům zvýšit sebevědomí a sebeúctu, uvědomit si, že jejich nový životní styl má svou novou formu.

Při několika skupinových setkáních jsme se zaměřili na realizování formální skupinové reminiscence s cílem minimalizovat pocit izolace a dopad institucionalizace na konkrétního klienta. Abychom zabránili případným negativním dopadům, které by mohly vzniknout zvolením nevhodného tématu, zvolili jsme neutrální náměty.

V průběhu setkání senioři vzpomínali na to, jak se dříve cestovalo, jak se bavili (můj první ples, zábava), první zaměstnání (kolik byla výplata a co jsem si za ní koupil/a), nejoblíbenější laskomina. Senioři nejraději vzpomínali na školu (první pětka, poznámka, pan řídící, profesor). V rámci facilitace jsme si vytvořili senzorické stimulace, drobné předměty, kamínky, mušle, plyšové hračky, míčky, vůně.

Posílení paměťových mechanismů jsme chtěli podpořit reminiscenční aktivitou, pro kterou jsme zvolili jednoduchou pomůcku. Každý klient dostal loňský kalendář s cílem přiřadit k datu konkrétního dne v měsíci činnost, která byla v zařízení realizována, líbila se a chtěli by ji opakovat. Reminiscenční kalendář seniory nejprve zaujal, vzpomínali, kdy aktivita proběhla. Zaregistroval jsem, že určit konkrétní den dělalo potíže, proto jsme snížili náročnost na akce v měsíci. Interpretace událostí byla nakonec ukončena, protože senioři se nemohli shodnout, kdy se akce konaly. Hrozilo, že by mohlo dojít ke zbytečným konfliktům. Musel jsem vyhledat aktivizační pracovníci, která doložila přesně podle plánu akcí, kdy činnosti proběhly. Ve skupině se ozývaly věty: *„Měl jsem pravdu, jen když se přeli“*. Aktivita potvrdila poznatky Špatenkové, že skupinová reminiscence klade vysoké nároky na zkušenosti terapeuta. I neutrální téma může působit destruktivně. Při dalších skupinových reminiscencích jsem požádal o přítomnost aktivizační pracovníci.

Pro ilustraci „křehkosti“ vzpomínání uvádím formou syntetického vyprávění konkrétní reminiscenční situaci, kterou vyvolalo jídlo, kvěťák. V měsíci říjnu se do zařízení přistěhovala paní Maruška, její pokoj sousedil s pokojem pana Karla, po seznámení rádi spolu seděli na chodbě a povídali si. Pan Karel těžce navazuje kontakty, ale paní Maruška mu byla více než sympatická, jen si nemohl vzpomenout, odkud ji zná. Po čase, když jsem přišel na skupinové setkání dříve, pan Karel mne zavolal do pokoje a začal vyprávět: *„Dneska byl k obědu kvěťák, nemám ho rád! Víš proč? Když jsem začal dělat závozníka u Jednoty, zavázal jsem Rabí a jedna prodavačka mi ho ukradla z bedny. Neměl jsem ho na autě, stranicky mě řešili a sebrali mi prémie.“* Stále jsem nechápal a jen konstatoval, že se

nedivím, že kvěťák nemá rád. Senior pokračoval: „*Už jsem si vzpomněl, odkud tu bábu znám. Byla to ona, co mi ten kvěťák v roce 1969 ukradla, Maruška, ta od vedle, prodávala tenkrát v Rabí, potvrdila mi to!*“ Pan Karel s paní Maruškou přestal mluvit, ona netuší, proč a pan Karel jí to rozhodně sdělovat nechce a nebude. Na tomto případě dokladuji, že reminiscenční terapie má i svá rizika, která v některých případech nejde předvídat.

4.8 Smyslová aktivizace

Vedení domova důchodců, především aktivizační pracovnice, se snaží do smyslové aktivizace zapojit všechny členy ošetrovatelského týmu. Smyslovou aktivizací se pokoušejí dosáhnout pozitivního výsledku za účasti veškerých smyslů klienta s cílem vytvořit motorické, kognitivní, verbální i komplexní činnosti, které podpoří pohodu seniora.

V průběhu sběru dat šetření diplomové práce jsem se seznámil s pomůckami, které jsou určeny seniorům. Zajímavá byla sada pro udržení kognitivních funkcí²⁷, retro puzzle, kolekce fotografií „*Co tady chybí*“, vybarvovací karty, držáky na karty, velká razítka s písmeny. V přímých interakcích se seniory byly oblíbeny činnosti přirozené, speciální pomůcky, kterými aktivizační místnost disponuje, ležely uložené ve skříni.

Smyslová aktivizace se vztahovala k ročním obdobím. Na tabuli se napsal námět pro konkrétní den, lidové pranostiky, které se váží k určitým dnům, kdo má svátek a co budou dělat. Klienti měli možnost přijít dobrovolně na předkládanou aktivitu.

S klienty realizační skupiny jsme v smyslové aktivizace skládali puzzle, hráli karty, skládali slova. Aktivizační pracovnice chtěla, abychom skládali básničku na zadaná slova a předměty, senioři, hlavně muži se k této aktivitě vyjadřovali negativně, ženy se pokusily, ale definovaly aktivitu ve výsledku také negativně.

Smyslová aktivizace si klade za cíl co nejdéle zachovat soběstačnost a samostatnost klienta. Formulář pro záznam smyslové aktivizace prezentuji v příloze č. 6.

Obrázek č. 12: Ukázka prostředků smyslové aktivizace Domova důchodců v Sušici



Zdroj: http://www.socialni-susice.cz/fotogalerie/smyslova_aktivizace-2/

²⁷ Pomůcky pro aktivizaci zajišťuje fyzioterapeutka, v praxi se nejvíce osvědčily pomůcky objednávané prostřednictvím <http://www.alzheimer.cz/e-shop/pomucky/>

4.8.1 Zooterapie (felinoterapie)

Zooterapie, působení zvířete na člověka, se stala diskutabilní otázkou ve vlastním zpracování diplomové práce. V institucionálním zařízení není povoleno přestěhovat si své zvíře do domova, tuto skutečnost někteří senioři těžce nesou. Z realizační skupiny se s realitou ztráty vlastního zvířete těžce vyrovnával pan Karel, Miroslav, paní Zdeňka.

V zařízení je aplikována felinoterapie, ornitoterapie a terapie pomocí malých zvířat. Kočka se volně pohybuje po domově, někteří klienti vnímají její přítomnost pozitivně, jiným vadí. Na druhém oddělení mají klienti umístěnu klec s papouškem a na třetím oddělení rybičky.

Při přepisu rozhovorů jsem monitoroval, že v regionu, kde žili senioři v úzkém kontaktu s přírodou, vnímají absenci zvířete v zařízení negativně. Realizační skupina vítala každou možnost kontaktu se zvířetem. Přítomnost kočky na oddělení, přispěla ke zlepšení adaptačních mechanismů, ale neuspokojila potřeby konkrétního klienta, proto nebyla naplněna podstata felinoterapie, která je založena na přímém kontaktu člověka se zvířetem s cílem navodit libé emoční pocity, procvičit jemnou i hrubou motoriku a aktivizaci. Klienti by rádi využívali i canisterapii²⁸, která v zařízení chybí.

Následující fotografie dokumentuje výlet do záchranné stanice Makov.

Obrázek č. 13: Výlet seniorů do Záchranné stanice živočichů Makov paní Zdeňka a paní Jana – využití zooterapie



Zdroj: Vlastní fotografie

²⁸ Canisterapii definuje Galajdová jako součást zooterapie, podpůrnou formu psychoterapie, je založena na styku člověka se psem.

4.9 Rozprava o aktivizačních terapiích

„Člověk se narodil k činnosti. Nebýt ničím zaměstnán a neexistovat je pro člověka totéž... Pracujeme bez dlouhého hloubání, je to jediný prostředek, jak si udělat život snesitelným.“ (Voltaire)²⁹

Diskurzní analýza šetření diplomové práce „Základní terapie v přímé péči o gerontologického klienta“ probíhala pouze mapováním jednoho tytu rezidentního zařízení, nepodařilo se mi provést komparaci s možnostmi využití terapií s jinými institucionálními zařízeními nebo domácnostmi, což považuji za nedostatek v realizovaném šetření.

Při opětovném systematickém přezkoumání sebraného materiálu jsem zjistil, že pro relevantnost a splnění vytýčených úkolů je potřebné specifikovat názory klientů i pečujících. Přepsané rozhovory jsem vyhodnotil explanací i pomocí otevřeného kódování. Získané údaje jsem sumarizoval a stručným přepisem interpretoval.

Přestěhováním do institucionálního zařízení dochází k vytržení z běžného sociálního klimatu, ke ztrátě jistot, k obavám z nového, neznámého. V realizační skupině se sešli senioři, kteří zvolili domov důchodců dobrovolně, ale i jako jedinou možnost dožití.

Společné soužití i specifika institucionálního zařízení přináší člověku do určité míry ztrátu soukromí, změnu zaběhnutého denního i nočního režimu, přizpůsobení se zdravotnímu osobnímu stavu i oslabení ostatních spolubydlících. Pro každého nového obyvatele jde o individuální proces adaptace.

Negativním jevem v zařízeních je i částečné odosobnění konkrétního klienta a neakceptování jeho jedinečnosti. Předkládané terapie můžeme chápat jako preventivní metody sloužící k potlačení negativních důsledků institucionalizace. V rámci šetření jsem zaznamenal rozdílné názory pečujících na přínos terapie pro klienty. Problematika terapií je i častým námětem supervizí v zařízení.

4.9.1 Analýza názorů zaměstnanců

Realizaci terapií mají v domově za úkol pouze dvě aktivizační pracovnice – paní Lenka a Marie. V jejich pracovní náplni je mimo jiné i ranní přímá osobní péče o klienty na prvním oddělení, sestavování osobní anamnézy klienta, dohled nad stážisty, příprava kulturních programů a zaškolování nových pracovníků do způsobu aplikace smyslové aktivizace a některých terapií. Obě paní jsou empatické, vstřícné, laskavé ke klientům. Svou práci berou jako poslání. Za celou dobu stáže jsem nezaznamenal, že by si postěžovaly.

²⁹ Voltaire – francouzský spisovatel, dramatik, filozof, představitel osvícenství, vlastním jménem Francois – Marie Arouet.

Kritický, a myslím, že i objektivní názor projevovaly pouze nad nedostatečným využíváním terapií pro všechny klienty. Do aktivizační místnosti přicházeli pouze mobilní klienti, za imobilními aktivizační pracovníce docházely v rámci časových možností, uváděly, že nepravdělně.

Na jednotlivých odděleních se o klienty starají pracovníci v sociálních službách, každý klient má svého kmenového pracovníka. Ošetřující personál je motivován k tomu, aby využíval veškeré metody sociální práce spadající do jejich kompetence. V přímé práci s klientem jsem při pozorování zjistil, že vše závisí na ochotě a osobnosti pečujícího. K problematice realizace terapií se někteří vyjadřovali: „*Od toho jsou zde aktivizační pracovníce.*“ Vedení domova se snaží pracovníky motivovat i kontrolovat, zjištěné nedostatky v péči se řeší, a i přes nedostatek pracovníků v přímé obslužné péči je v případě zjištění porušení pravidel zajišťujících kvalitu péče ukončen pracovní poměr. V zařízení je poměrně vysoká fluktuace zaměstnanců, kterou do jisté míry ovlivňuje současný „*personalistický trend*“³⁰ v regionu.

Z výsledků rozboru šetření mezi pracovníky jednoznačně vyplynulo, že jsou pracovně přetížení, na jednoho pečujícího připadá hlavně o víkendech při 12 hodinových směnách i 24 klientů, u kterých jsou především zajišťovány somatické potřeby a intelektuální potřeby ustupují do pozadí. Pracovníci hodnotili terapie kladně, ale preferovali by více aktivizačních pracovníků. Několik pracovníků v přímé obslužné péči, nezávisle na sobě, konstatovalo, uvádím přesnou citaci: „*Představte si, že Vám někdo utírá zadek, koupe Vás, čistíte mu protézu a potom se po Vás chce, abyste si s ním povídal, vzpomínal? Vy byste neměl ostych, nevnímal byste bariéru? To mi připadá neetické! I klienti se stydí, mají zábrany, neustále se omlouvají, zvláště když pečovatel koupe klientku.*“

Dalším neméně podstatným zjištěním, které lze zobecnit, bylo tvrzení zaměstnanců, že pro zajištění kvalitního terapeutického působení by bylo potřeba, aby zařízení disponovalo větší vybaveností, mělo odpovídající prostory a hlavně specialisty. Někteří pečující navrhovali řešit odborné zajištění terapií i externími pracovníky, kteří by poskytli klientům zvýšený komfort služby, měli by profesní emocionální odstup a vnesli by do přímých interakcí s klienty nové impulzy.

³⁰ Personalistický trend regionu – pracovníci v pomáhajících profesích, především pracovníci v sociálních službách, zůstávají v domácím pracovním poměru po dobu, než jim zařízení zaplatí kvalifikační kurz, po jeho absolvování, mnohdy ještě ve zkušební lhůtě odcházejí do 30 km vzdáleného Německa, kde mají oproti pracovníkům v tuzemsku, lukrativní platové podmínky.

4.9.2 Analýza názorů klientů

V úvodu reflexe dat získaných při interpersonální komunikaci s klienty cituji výrok svatého Pavla, který v 1 listu Korintským 12,20.26 říká: *„Je sice mnoho údů, ale jenom jedno tělo. Trpí-li jeden úd, trpí s ním všechny ostatní údy, je-li některý úd vyznamenan, všechny ostatní údy se s ním radují.“* Při interakci se seniory jsem si v mnoha případech ověřil, že pokud cítí člověk bolest, limituje nepohoda celkové prožívání, stav se odráží na psychice. V některých případech jsem pozoroval, že zanikala i efektivita předkládaných terapií.

Realizační skupina seniorů, kteří se dobrovolně rozhodli ověřit přínos individuálních i skupinových aktivizačních terapií, hodnotila průběh setkání pozitivně. Kladně vnímali, prožívali a následně i popisovali jednotlivé činnosti, které jsme realizovali. Společná setkání byla příjemná, pokud některý z členů chyběl, například byl hospitalizován, ostatní vytvářeli i předpoklady, jak by dotyčný reagoval. Setkání byla oboustranně obohacující.

Při rozhovorech implicitně vyplynulo, že v institucionálním zařízení klienti pozorují potlačení duchovního života člověka a jeho spirituality. Senioři uváděli, že by uvítali i rozhovory s tematikou konce života, pokud zmíní téma umírání, okamžitě od něho ošetřující personál utíká. Paní Olga mi ukazovala šaty, které chce mít na sobě v rakvi, říkala: *„Pečlivě je opatruji, ale nikdo o tom nechce ani slyšet, a tak si to alespoň napíšu...“*

Při vyhodnocení nejčastějších přání klientů jsem u každého seniora zaznamenal, potřebu přímého kontaktu s dětmi. V průběhu šetření mi bylo umožněno navštívit domov s několika předškoláky z mateřské školy (fotodokumentaci nepublikuji z důvodu neposkytnutí souhlasu rodičů). Interakce dětí a seniorů byla dojemná. Klienty děti pobavily, povzbudily a vnesly do domova radost. Paní Zdeňka konstatovala: *„Ted' je tady konečně živo.“* U hyperaktivních dětí jsem pozoroval, že se v přítomnosti seniorů zklidnily, některé si i vynucovaly dotykový kontakt, pohlazení, chtěly pochovat: *„Doma nemáme babičku ani dědečka“*. Interakce byla oboustranně přínosná.

V odborné literatuře jsem hledal pojmenování pro tuto aktivitu. V definovaných terapiích, ani v terapii zaměřené na člověka jsem odpovídající termín nenašel. Senioři vymýšleli název a došli k závěru, že bychom tuto aktivitu mohli pojmenovat jako *„generační terapii“*. Celá realizační skupina se shodla, že v minulosti bylo zcela přirozené více generační soužití. Staří lidé dožívali doma v přirozeném sociálním prostředí, opatrovali, a i vychovávali své vnuky a pravnuky, předávali jim životní moudrost, které se nejde naučit, člověk se jí musí dožít. Kontakt s dětmi byl vyhodnocen jako nejpříjemnější aktivita.

V době, kdy jsem finalizoval sběr dat v domově pro seniory, pan Karel dne 16. ledna 2017 zemřel. Týden před úmrtím byl převezen do nemocnice, kde jsem jej několikrát navštívil. Z počátku se jednalo o banální hospitalizaci, kterou si přál z důvodu, že se necítí dobře, otékaly mu nohy a špatně se mu dýchalo. V průběhu pobytu mi několikrát denně volal, byl rozmrzelý, že nefunguje spolupráce nemocnice s domovem důchodců. Ošetřující personál v nemocnici se nechoval k seniorovi vstřícně, stěžoval si, že zvyšují hlas a dále na příklad vyžadují, aby si obstaral čisté prádlo, které zůstalo v domově na pokoji, který je při nepřítomnosti klienta zamčen a zapečetěn, přístup mají pouze rodinní příslušníci, v případě pana Karla neteř, která žije v Odrách na severní Moravě. Pan Karel trpěl slabou inkontinencí, a tak jej v nemocnici raději zacévkovali, neboť jim časté převlékání lůžka zvyšuje náklady. Použité prádlo jsem odnášel a přinášel čisté, pozastavoval jsem se nad tímto systémem, protože ne každý hospitalizovaný člověk má blízkého, který může realizovat potřeby pacienta plynoucí z hospitalizace.

Při páteční návštěvě (tři dny před úmrtím), působil pan Karel vesele, konstatoval, že v nemocnici je více jídla než v domově, radoval se ze zvýšení důchodu a sděloval mi, že nebude spěchat do domova, protože si pobytem v nemocnici ušetří příspěvek na péči. Opět poukazoval na spolupacienta, se kterým se v průběhu tří let několikrát v nemocnici potkal. Rozčilovalo jej, že dcera si tatínka bere domů jen na pár dnů v měsíci a jinak jej umísťuje do nemocnice a tím „vydělává na sociálním příspěvku“, který má ve třetím stupni priznán. Domlouval jsem mu, ať nešetří a popřeje si, namítal jsem, že v domově má lepší podmínky, než které jsem v nemocnici zaznamenal, vyřizoval pozdravy od ošetřujícího personálu a spolubydlících, kterým chyběl. Při nedělní opětovné návštěvě pan Karel již nevnímal moji přítomnost, volal jsem jeho neteři. Díky využití moderního telefonu a videoprojekce v komunikaci mi byl lékař ochoten sdělit bližší informace, vlastně chladně sdělil, že pán je v terminálním stádiu života a že je tu věk, popsal, že zřejmě došlo k urosepsi a přidal se zápal plic. V ranních hodinách v pondělí pan Karel zemřel.

Neteř, sedmdesátiletá paní, mne požádala, abych než dojedou, předběžně zařídil termín pohřbu (chtěli pátek, aby vše v rychlosti „odbyli“). Po jejich příjezdu jsem se s neteří sešel, díky častým návštěvám a osobnímu kontaktu s panem Karlem jsem jí mohl poskytnout informace o tom, co si pan Karel přál a co mi i v poslední době dost často sděloval. U neteře měl již několik let odloženy peníze na pohřeb. Často říkal: „*Chci důstojný pohřeb, jako měl Tvůj děda, dohlédneš na to, až tady nebudu. Chci do hrobu a se mší, také muziku Nauše (i písničky přesně definoval) a musíš zařídit, aby mne nesli myslivci, a i do rakve chci myslivecké šaty*“. Neteř veškerá přání pana Karla splnila, konstatovala, že při návštěvách

často chtěl strýček mluvit o posledních věcech, ale že toto téma negovali a nebyli ochotní se o něm bavit, byla ráda, že jsem jí zprostředkoval poslední přání pana Karla.

Zmiňuji tuto těžkou emoční situaci z důvodu, že do kontextu rozboru předkládaných aktivizačních terapií patří úmrtí mezi psychicky náročná témata. Lze předpokládat, že senioři jsou více konfrontováni s pocitem konečnosti života člověka a chtějí o této problematice hovořit, což potvrdilo i následné setkání s realizační skupinou.

Dva dny po úmrtí pana Karla proběhlo další plánované setkání, které jsem měl výhledově plánované jako poslední a připravoval jsem si detailně jeho průběh. Smrt pana Karla, vše změnila, osobně mne hluboce zasáhla a do domova jsem šel s obavou. Rekapituloval jsem předešlé přípravy na setkání a vyhodnotil, že došlo k nejnáročnější situaci, na kterou se nedokážu cíleně připravit. Předpokládal jsem, že se klienti v komprimovaném čase nebudou chtít setkání zúčastnit, neboť mi ošetřující personál předesílal informace, že smrt pana Karla hluboce zasáhla všechny na prvním oddělení a že ani ošetřující personál nedokázal zachovat emoční odstup.

V domově na mne čekali všichni senioři, paní Zdeňka od srdce zahartusila: „*No to je dost, že jdeš a nemysli si, že teď za námi nebudeš chodit!*“ Posadili jsme se v aktivizační místnosti, zapnuli počítač, na kterém jsme si pouštěli fotografie ze společných setkání, zapálili svíčku a vzpomínali na pana Karla, plakali i truchlili, ale zároveň se smáli nad příběhy, o kterých nikdo před tím nemluvil a na které snad ani pro jejich originalitu nejde zapomenout, neboť dokumentují osobitost, neopakovatelnost, upřímnost a čestnost člověka, který odešel, a zároveň prezentují i „*tichý protest*“ muže, který nikdy nepřijal, že musí dožít v institucionálním zařízení. Za všechny příběhy přepisuji vzpomínku pana inženýra: „*Karel mě bude šíleně chybět, protože jsme byli spojenci, a i řadě z Vás pomohli, vzpomínáte, jak sem nastoupila ta uklízečka a napůl provozní, co rozdávala večere a stále měla sama málo? Nikdo nevíte, proč odešla? Tak Vám to řeknu. Byla protivná, a ještě škaredá jak noc, stále něco namítala, utrhovala se a reptala. Vymysleli jsme s Karlem, jak se jí pomstíme. Ukradli jsme vždycky po jídle krystalový cukr, a když měla mít směnu, tak jsme jej rozpustili v teplé vodě a pěkně jí to nalili po pokoji a na chodbičky. Zuřila a my dělali, že o ničem nevíme, jak se to mohlo stát. Několikrát jsme to opakovali, až si paní vedoucí všimla, že špatně uklízí a my jí to potvrdili i si stěžovali. Někdy nám naši demonstraci zasabotovala Karlova známá, která často chodila na návštěvu a říkala, strýčku Vám to tu lepší a utřela nám podlahu, to nás štválo. Ono zajistit cukr nebylo jednoduché, ale zbavili jsme se jí. Vidíte, ničeho jste si nevšimli, ani ty Pepo! Všichni si mysleli, že dědové zase něco vylili, ale my to dělali*

schválně...“ Následoval hlasitý smích, připojily se i aktivizační pracovnice, které přes tragikomičnost situace vyjádřili explicitní postoj.

I při práci s gerontologickým klientem vznikají situace, na které se nejde zcela teoreticky připravit a je nutné empaticky improvizovat. Další skupinová setkání, která proběhla a budou probíhat i po ukončení sběru dat, vždy budou za přítomnosti pana Karla, neboť na něho všichni spolubydlíci vzpomínají, a jak konstatovali, i oni se budou dívat z „jiného břehu“ jen nikdo z nás neví kdy. Proto považují vzpomínkovou terapii za nejpodstatnější, neboť díky vzpomínce žijí v srdcích i myslí dál.

4.10 Interpretace plnění úkolů

- **zjistit přínos konkrétní terapie pro gerontologického klienta v institucionálním zařízení:** předkládané terapie, které jsou v zařízení realizovány, byly klienty, sociálními pracovníky i pracovníky v sociálních službách a ostatním ošetrovatelským personálem hodnoceny kladně. Šetření potvrdilo, že jakákoliv pozitivní změna, která způsobí obměnu stereotypu běžných dní, vykazuje kladné odezvy od klientů jak v oblasti psychického tak i somatického prožívání. Realizované terapie přinesly u konkrétní skupiny klientů efektivní výsledky, došlo k podpoření adaptačních mechanismů, zlepšilo se sociální klima skupiny, došlo k motivaci k mnohým zájmovým činnostem a zapojení do aktivního života v domově i mimo něj. Pozorováním jsem došel k závěru, že je nutné připomenout i negativa, které jsem zaznamenal. Terapie byly realizovány pouze s omezeným počtem klientů, ostatní obyvatelé prvního oddělení se nemohli účastnit z kapacitních důvodů.
- **popsat aspekty způsobu realizace terapií v institucionálním zařízení:** terapie jsou v domově realizovány většinou v aktivizační místnosti. Od pondělí do pátku v odpoledních hodinách probíhají terapie na různá témata, které jsou přístupná všem klientům, kteří projevují zájem. Bohužel ne pokaždé je uspokojena poptávka klientů. Nevýhodou domova je, že se klienti zapojují do terapií nepravidelně, aktivizační místnost je malá. Ošetřující personál má nedostatek času, chybí i odborné znalosti v oblasti realizace některých terapií. Pečovatelé i aktivizační pracovnice shodně uváděli, že by velice rádi do ošetrovatelského procesu zařazovali terapie, ale kapacitně nedisponují s možností aplikací terapií v takovém rozsahu, jak by si představovali. Pozitivním aspektem realizace terapií v domově je uskutečňování mnoha rozličných skupinových aktivit (výlety, oslavy narozenin, promítání filmů, besedy, přednášky, univerzita třetího věku, mše) s cílem zpříjemnit klientům pobyt v zařízení, navázat kontakt s přirozeným prostředím a zajištění celkové pohody klienta. Pozitivní je

i strategie vedení domova, která v případě zájmu zaměstnanců o další vzdělávání, a to i v alternativních činnostech, jim poskytuje podporu a vynakládá nemalé finanční prostředky na vzdělávání s cílem zajistit klientům co nejkvalitnější péči. Slabou stránkou zařízení je, že mnohdy pracovníci využijí benefitů zařízení a následně odcházejí do Německa, vzdáleného pouze několik kilometrů. Zde v institucionálních zařízeních stejného typu, jako plnohodnotní kvalifikovaní zaměstnanci seženou odpovídající místo za poměrně jiné finanční ohodnocení. Fluktuace zaměstnanců je pro klienty negativním aspektem a nepříznivě dopadá i na zajištění aktivizačních terapií z důvodu, že novým zaměstnancům nějakou dobu trvá, než se sžijí se zvyklostmi zařízení, seznámí s anamnézou klientů a získají praktické zkušenosti.

- **ověřit, jak reflektují, vnímají a prožívají terapie muži a ženy:** realizační skupina klientů byla smíšená, tři muži a tři ženy. Na základě dlouhodobého pozorování jsem došel k závěru, že ženy mají daleko vyšší toleranci k zátěžím, lépe překonávají bolest, snášejí více utrpení, přítomnost nemoci, překážky. Celkově lze konstatovat, že jsou biologicky silnější, mají i lepší adaptační mechanismy, jsou tolerantnější, dokážou se lépe přizpůsobit novým věcem, nejsou tolik kritické jako muži. Při provádění konkrétních terapií se ženy zapojovaly rychleji, se zájmem. Muži byli více konzervativní, zdrženliví až nedůvěřiví, chtěli všechno přímo vysvětlit, zdůvodnit. Preferovali účelové terapie, které přinášely konkrétní cíl. Těžce vnímali a přijímali nesoběstačnost a imobilitu (při klimatoterapii nepřijali nabídku procházek na vozíku, pokud by je měla vézt žena, vnímali tento moment jako ponížení a ztrátu hrdosti). Několikrát jsem zaznamenal ješitnost, pokud došlo k přímé kritice. Při několika sezeních byla znát určitá tenze, zvláště pokud nebyl dodržen řád při hygieně (koupání) a byla upřednostněna žena. Pouze pan Miroslav vždy ženy ctil, byl opečovávaný manželkou a vždy konstatoval: „*Ženy jsou něco jako přechod mezi člověkem a andělem a měli bychom je ctít*“. Interpretace a zajištění objektivitu vyhodnocení tohoto úkolu je obtížné, zatížené individuálním hodnocením, abstrahuje explikace obecných souvislostí.
- **specifikovat, jaká rizika mohou u klienta nastat při volbě nevhodné terapie:** při realizaci konkrétní terapie je nutné vycházet z individuálních potřeb každého klienta. Podstatné je znát jeho osobní sociální anamnézu, monitorovat jeho zájmy potřeby, dosavadní život a současné požadavky. Důležitá je znalost sociálních interakcí s ostatními členy, pokud se jedná o skupinovou terapii. Klient by nikdy neměl být do terapie nucen. Gerontologický klient je vnímavý, citlivě reaguje na vulgaritu, ve společnosti chybí mravnost, pokud je senior konfrontován s hrubostí, necitlivým

přístupem při terapii dochází k negativním odezvám, které se projevují na psychickém i somatickém prožívání. Při terapiích je nutné dodržovat pravidelnost, dbát na bezpečnost, aby nedošlo ke zranění. Respektovat lidskou důstojnost, individualitu, zamezit ageismu ze strany terapeuta i ošetřujícího personálu. Výsledky šetření potvrdily, že nejobávanějším rizikem při realizaci terapie je psychická újma, kterou může klientovi způsobit necitlivě předkládaná terapie. Období stáří vykazuje prvky křehkosti, a i pouhá zmínka o bolestivém prožitku (necitlivá rekonstrukce životního příběhu při skupinové reminiscenci), může způsobit citový úraz a vyvolat, traumatizující skutečnost, která následně recipročně přejde do apatie, zloby, nezájmu.

- **jaké postoje a zkušenosti má k terapiím ošetřující personál:** šetřením jsem při analýze rozhovorů s ošetřujícím personálem zjistil, že všichni prezentovali pozitivní postoj k terapiím, které jsou v domově realizovány. Popisovali, že díky terapiím vnímají i lepší postoj k sobě samým, druhým lidem i procesu stárnutí. Pozoruhodná byla celková shoda pracovníků v přímé obslužné péči, že nemohou pro nedostatek času ještě realizovat terapie u všech klientů, o které pečují, i když si uvědomují, že klienti by více terapií uvítali. Konstatovali, že to není v jejich fyzických ani psychických možnostech. O terapie projevovali zájem, chtěli by je i více poznávat. Někteří při dílčích rozhovorech uváděli, že by bylo potřeba více aktivizačních pracovníků, které by mohly kapacitně pokrýt celý domov. V současné době má domov dvě aktivizační pracovnice, které ještě vykonávají ranní osobní hygienu u klientů a v následné sekvenci se po celý den věnují programům. Aktivizační pracovnice jsem měl možnost sledovat a uvědomil jsem si, že pokud by nedělaly svoji práci s láskou a nebraly ji jako poslání, neodváděly by ji v takové kvalitě a spokojenosti klientů. Sledoval jsem je s obdivem a mnohé jsem se od nich naučil. Reflexí tohoto úkolu vyplynulo, že podstatná je vždy osobnost pečovatele a jeho postoj.
- **jak vnímají klienti přítomnost „veřejnosti“ (rodinných příslušníků, dětí ze školek, škol, dobrovolníků) na terapiích:** klienti mi na téma tohoto úkolu poskytli podrobné informace. Analyzoval jsem, že přítomnost rodinných příslušníků vítají a preferují, pokud by byla častější. Kladně hodnotili i aktivity a akce, které domov připravuje ve spolupráci s patronátními školami. Vysloveně se těší na každý kontakt s malými a mladými lidmi, každá pozitivní změna režimu dne je vítaná. Nedůvěru vzbuzovala přítomnost dobrovolníků, senioři projevíli obavu, že v maloměstě by mohla být porušena mlčenlivost a veřejnost by se dozvěděla „*kde skončili, jak dopadli, jak vypadají*“. Za důležité celá skupina považovala, aby o přítomnosti veřejnosti věděli,

mohli se obléci, upravit a na návštěvu připravit. Za stresující považují, že mnohdy přicházejí cizí lidé, například různé kontroly a zastihnou je v situaci, která jim není příjemná. Pan Karel diskusi nad tímto úkolem ukončil větou: „*Když to tady má být domov, tak se má každá návštěva ohlásit, je to slušnost, a ne si chodit, jak chce!*“

4.11 Závěry šetření

Realizace šetření probíhala pouze v jednom rezidentním zařízení, byla využita deskriptivní kvalitativní studie, která má spíše osobní charakter interpretace získaných dat. Vzhledem k absenci srovnání dat s realizací terapií v jiném institucionálním zařízení jsem nemohl zjistit upotřebitelnost (applicabilitu), zda jsou zjištěné skutečnosti přenositelné do jiného prostředí nebo u jiné skupiny lidí, což považuji za negativní aspektivitu předkládané práce. Důležitým kritériem při sepisování dat byl popis a interpretace sociálního prostředí, charakteristika jednotlivých přístupů, sestavení případových studií, intence etických pravidel.

Diplomová práce řešila několik úkolů, které měly za cíl transparentně objasnit, sledovat, realizovat, zprostředkovat získaná data v praxi s ohledem na etické aspekty, protože bylo pracováno s citlivými údaji.

Závěr

Diplomová práce na téma „Základní terapie v přímé péči o gerontologického klienta“ byla zaměřena na deskripci, realizaci a vyhodnocení aktivizačních terapií v konkrétním institucionálním zařízení v Domově důchodců v Sušici. Jakákoliv cílevědomá činnost, aktivizační terapie přináší většinou každému člověku v gerontologickém věku pozitivní pocity, radost, smysluplnost, realizaci, a to bez ohledu žije-li v jeho přirozeném prostředí, doma nebo v institucionálním zařízení.

V diplomové práci jsem preferoval pohled na aktivizační terapie u klientů rezidenčního zařízení z důvodu, že v dnešní době dochází vysokému počtu seniorů, kteří jsou mnohdy i nedobrovolně institucionalizováni, proto jsem považoval za důležité analyzovat vliv terapie jako možného kompenzačního nástroje pro zlepšení životních podmínek a posílení adaptačních mechanismů seniorů.

Při sestavování plánu šetření jsem vycházel ze studia odborné literatury různých autorů. To vše mi poskytlo ucelený pohled na systém aktivizačních terapií, problematiku stáří a legislativu v sociální práci, ukázalo možnosti realizace teorie v praxi a motivovalo k praktickým činnostem. Výsledné šetření potvrdilo a následná realizace terapií ověřila, že se většina autorů v šetřené problematice shoduje. Ve sféře získaných údajů se přikláním k názoru, že v sociální pracovník musí chtít, umět a moci pomoci klientovi, zajistit emoční bezpečí všech zúčastněných a reciprocitně apelovat i na celý sociální systém, k tomu je potřeba mít odborné teoretické znalosti a aktuálně studovat problematiku sociální práce.

Na základě podrobné studie kazuistik smíšené skupiny seniorů, kteří byli nevádně ochotni realizovat a ověřovat účinnost konkrétních terapií, jsem chtěl zjistit vliv specifických činností na psychosomatické prožívání člověka s cílem vymezit nejefektivnější terapie.

V průběhu sběru dat jsem se postupně seznámil s provozem, personálem a klienty domova důchodců. Skupinová setkání jsem vnímal jako příjemné obohacující chvíle, při kterých lze získat mnoho cenných informací, které může předat pouze zralý člověk, který má bohaté životní zkušenosti. Skupina klientů se do aktivit kreativně zapojovala podle své zdravotní, osobní momentální nálady a pokaždé vytvořila neopakovatelnou atmosféru, která podpořila realistický pohled na konanou aktivitu. Při vzájemných interakcích docházelo k citlivému propojení teorie sociální práce a praxe.

Při analýze objektivních skutečností jsem zjistil, že mnohdy vlídné slovo, pohlázení dokáže klientovi pomoci efektivněji než luxusní prostředí, léky. Za negativní aspekt péče považuji, že ošetřující personál se na jednotlivých odděleních po tříměsíčních cyklech mění.

Klienti vnímají tuto skutečnost jako nelibou změnu, jsou nuceni zvykat si na nové, pro ně neznámé lidi. V přímé sociální praxi přirozeně dochází k osobním vazbám mezi personálem a klientem, mnohdy je obtížné zachovat si dostatečný profesionální odstup a emočně se nenavázat. Do každého domova patří láska, proto bych doporučoval zvážit, zda je nutné měnit ošetřující personál, nebo raději posílit supervize, psychohygienu, vyslovit více uznání jako možný motivační prvek v přímé obslužné péči.

Při interpretační analýze jednotlivých terapií jsem zjistil, že pravidelným, soustavným realizováním dochází u klientů k posilování individuálního i skupinového vědomí, možnosti sociálních změn, přijetí skutečnosti a nalezení nových smysluplných činností v životním období stáří. Terapie minimalizují pocit osamocení, který senioři často popisovali. Veškeré terapie byly hodnoceny pozitivně. Za slabou stránku aplikace terapií, na základě vyhodnocení dat šetření, lze považovat jejich omezenou realizaci. Pro zlepšení kvality předkládaných terapií bych navrhoval zapojit do realizace větší počet pracovníků ošetrovatelského týmu nebo posílit kolektiv o další aktivizační pracovnice.

V diplomové práci jsem se soustředil na hlubší kvalitativní šetření, jehož validita výsledků může být zkreslena osobní zainteresovaností k jednotlivým klientům, nicméně ze získaných dat jasně vyplynulo, že jakákoliv forma předkládané péče o gerontologického klienta musí být realizována s úctou, láskou, respektem, bezpodmínečným přijetím stáří jako fenoménu, který neměl možnost nikdo z ošetřujícího personálu zažít, a proto se pouze může snažit pochopit jeho složitost i krásu životní moudrosti a pokory, se kterou jsem se při sběru dat diplomové práce setkal a za kterou děkuji. Všichni klienti realizující skupiny jsou a byli neopakovatelné lidské osobnosti, které mohou i přes vysoký věk zanechat v druhých nesmazatelnou stopu a v jejich pečujících radost ze smysluplné práce.

Práce v pomáhajících profesích je náročná, a proto se hluboce skláním před všemi sociálními pracovníky i pracovníky v přímé obslužné péči, stejně tak i před těmi, kteří je připravují v teoretické rovině, neboť díky nim je vštěpován a předáván model odborné láskyplné péče.

Závěrem bych chtěl konstatovat, že jsem se snažil interdisciplinárním přístupem za využití různé metodologie realizovat všechny vytýčené cíle, ale bohužel některé se mi podařilo naplnit jen částečně z důvodu, že realizační skupina měla poměrně malý počet klientů a odchodem pana Karla neproběhla plně závěrečná reflexe, neboť jsem nedokázal setkávání ukončit.

Seznam použité literatury

Prameny

- ATKINSON, R. a kol. *Psychologie*, Praha: Portál, s. r. o., 2003. ISBN 80-7178-640-3.
- DOLEŽAL, Z. a kol. *Zooterapie*. Dona, 2009. Vyd. 1. s. 20. ISBN 978-80-7322-109-6.
- DOSEDLOVÁ, J. *Terapie tancem*, Praha: Grada, a.s., 2012. Vyd. 1. s. 77. ISBN 978-80-247-3711-9.
- FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*, Praha: Grada, a. s., 2007. Vyd. 1. s. 19, 32. ISBN 80-247-1314-4.
- GALAJOVÁ, L. GALAJOVÁ, Z. *Canisterapie*. Praha: Portál, 2011. Vyd. 1. ISBN 978-80-7367-879-1.
- HÁJEK, K. *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. Praha: Portál, s.r.o., 2006. Vyd. 3. ISBN 80-7367-107-7.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. Vyd.1. s. 58. ISBN 80-7038-158-2.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie aneb senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012. Vyd.1. ISBN 978-80-7262-900-8.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. Vyd.1. ISBN 80-7367-040-2.
- JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M. *Využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, Vyd. 1. ISBN 978-80-367-581-3.
- JŮN, H. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. Praha: Portál, 2010. Vyd.1. ISBN 978-80-7367-590-5.
- KELNAROVÁ, J. MATĚJKOVÁ, E. *Psychologie a komunikace*. Praha: Grada, 2009. Vyd. 1. ISBN 978-80-247-2831-5.
- KOHOUTEK, R. *Psychologie práce a řízení*. Brno: CERM, 2 000 s. ISBN 80-214-1552-5.
- KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2011. Vyd. 6. ISBN 978-80-7367-922-4.
- KALVACH, Z. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2012. Vyd. 1. s. 18. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KRAHULCOVÁ, B. *Kontexty sociální a charitativní práce*. Brno: L. Marek, 2008. ISBN 978-80-87127-07-0.
- KRAHULCOVÁ, B. *Postižený člověk v procesu senescence*. Praha: Univerzita Karlova.
- KREJČÍŘOVÁ, D. – LANGMEIER, J. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2007. ISBN 80-247-1284-9.

- KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. Vyd. 1. s. 14, 16. ISBN 978-80-247-2699-1.
- KRPÁLEK, P. *Základy ekonomie pro sociální pracovníky*. Praha. Vyd. 1. ISBN 978-80-87386-06-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada. Vyd. 1. ISBN 978-80-247-3604-4.
- KUČERA, Z. *Zarůst do kmene*. Příbram: Marek, 2013. Vyd. 1. ISBN 978-80-87127-41-4.
- KUTNOHORSKÁ, J. a kol. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011. Vyd. 1. s. 26. ISBN 978-80-247-3843-7.
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. Vyd.1. s. 14, 49, 196, 238, 239, 244, 249. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. Vyd.1. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. Vyd.1. ISBN 80-7367-002-X.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007. Vyd. 1. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MEARNS, D., BRIAN, T. *Terapie zaměřená na člověka*. Praha: Grada, 2013. Vyd. 1. s. 39–45. ISBN 978-80-247-3881-9.
- MICHALIK, J. *Poradenství uživatelům sociálních služeb*. Olomouc: VCIZP, 2008. Vyd.1. s. 19, 20. ISBN 978-80-903658-7.
- NEDĚLNÍČKOVÁ, D. *Úvod do sociální práce se skupinou*. Ostrava: Kofoedova škola, 2004. Vyd. 1. ISBN 8023940309.
- NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009. Vyd.1. ISBN 978-80-7367-509-7.
- ONDRUŠOVÁ, J. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, 2011. Vyd.1. s. 14. ISBN 978-80-246-1997-2.
- POSPÍŠIL, C. V. *Teologie služby*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství 2002. ISBN 80-7192-748-1.
- PROUTY, G. a kol. *Preterapie*. Praha: Portál, 2005. Vyd. 1. s. 195. ISBN 80-7178-949-6.
- RUBINOVÁ, J., A. *Přístupy a arteterapie*. Praha: Triton, 2008. Vyd. 1. s. 509. ISBN. 978-80-7387-093-5.
- STOKES, P. *Malé album velkých myslitelů*. Praha: Brána, 2002. Vyd. 1. ISBN 978-80-7243-313-1.

- STROUHAL, M. *Teorie výchovy*. Praha: Grada, 2013. Vyd. 1. ISBN 978-80-247-4212-0.
- SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných*. Praha: Grada, 2012. Vyd. 1. ISBN 978-80-247-4107-9.
- ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, 2011. Vyd. 1. s. 20, 21, 29–37. ISBN 98-80-7262-711-0.
- TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 978-80-7262-365-5.
- VALENTA, M. *Dramaterapie*. Praha: Grada, 2011. Vyd. 4. s. 23, 240–241. ISBN 978-80-247-3851-2.
- VANIER, J. *Otázky, na kterých v životě záleží*. Brno: Cesta, 2015. Vyd. 1. ISBN 978-80-7295-213-7.
- VENGLÁŘOVÁ, M. *Problémové situace v péči o seniory – Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. Vyd. 1, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- VYMĚTAL, J. *Speciální psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 2000. ISBN 80-86123-15-4.
- WALSH, D. *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. Praha: Portál, 2005. Vyd. 1. ISBN 80-7178-970-4.
- WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y. *Smyslová aktivizace*. Praha: Grada, 2013. Vyd. 1. ISBN 978-40-247-4423-0.

Sekundární literatura

- ARNOLDOVÁ, A. *Sociální péče I. (učebnice pro obor sociální činnost)* Praha: Grada, 2015. Vyd. 1. ISBN 978-80-247-9899-8.
- ARNOLDOVÁ, A. *Sociální péče II. (učebnice pro obor sociální činnost)* Praha: Grada, 2016. Vyd. 1. ISBN 978-80-271-9308-0.
- KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada, 2009. Vyd. 1. ISBN 978-80-247-2831-5.
- MLÝNKOVÁ, J. *Pečovatelsví I. díl* Praha. Grada, 2010. Vyd. 1. ISBN 978-80-247-3184-1.
- MLÝNKOVÁ, J. *Pečovatelsví II. díl* Praha. Grada, 2010. Vyd. 1. ISBN 978-80-247-3185-8.
- PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*. Praha. 2005. Vyd. 1. ISBN 80-200-1387-3.
- VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada. 2007. Vyd. 1. ISBN 978-80-247-2170-5.

Encyklopedie a slovníky

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, s. r. o., 2004. Vyd. 1. s. 33, 331, 562, 611. ISBN 80-7178-303- X.

JANDOUREK, J. *Slovník sociologických pojmů*. Praha: Grada, 2012. Vyd. 1. ISBN 978-80-247-2679-2.

MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. Vyd.1. s. 275–276, 288, 289. ISBN 978-80-262-0366-7.

PALÁN, Z. *Lidské zdroje, výkladový slovník*. Praha: Academia, 2002. ISBN 80-200-0950-7.

Elektronické zdroje

KRAHULCOVÁ, Beáta. Katedra psychosociálních věd a etiky: Studijní materiály – Práce se seniory. *HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA Univerzita Karlova* [online]. [cit. 2016-12-23]. Dostupné z: <http://htf.cuni.cz/HTF-80.html>

Asociace nemocničních kaplanů. *Asociace nemocničních kaplanů* [online]. [cit. 2017-02-01]. Dostupné z: <http://www.nemocnicnikaplan.cz>

Zákon o dlouhodobé péči přinese systémovou změnu poskytování sociálních a zdravotnických služeb. *Sociální práce* [online]. [cit. 2017-02-10]. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=2&clanek=377>

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *MPSV.CZ* [online]. [cit. 2017-02-10]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/>

Seznam obrázků

| | |
|--|----|
| Obrázek č. 1: Realizační skupina seniorů (pan Antonín, pan Karel, paní Jana, paní Zdeňka, paní Olga) | 45 |
| Obrázek č. 2: PhDr. Paní Olga při rozhovoru | 48 |
| Obrázek č. 3: Paní Zdeňka při rozhovoru | 51 |
| Obrázek č. 4: Paní Jana při rozhovoru | 55 |
| Obrázek č. 5: Pan Karel při realizaci rozhovoru | 57 |
| Obrázek č. 6: Pan Ing. Antonín při realizaci rozhovoru | 61 |
| Obrázek č. 7: Pan Miroslav při realizaci rozhovoru | 64 |
| Obrázek č. 8: Aktivizační místnost domova důchodců | 67 |
| Obrázek č. 9: Ukázky bazální stimulace prováděné fyzioterapeutkou domova | 70 |
| Obrázek č. 10: Klientky při ergoterapii | 71 |
| Obrázek č. 11: Pan Karel při muzikoterapii | 73 |
| Obrázek č. 12: Ukázka prostředků smyslové aktivizace Domova důchodců v Sušici | 77 |
| Obrázek č. 13: Výlet seniorů do Záchrané stanice živočichů Makov paní Zdeňka a paní Jana – využití zooterapie..... | 78 |

Seznam tabulek

| | |
|--|----|
| Tabulka č. 1: Obecné kazuistické otázky..... | 47 |
|--|----|

Seznam grafů

| | |
|--|----|
| Graf č. 1: Měsíční preference terapií paní Olgy | 51 |
| Graf č. 2: Měsíční preference terapií paní Zdeňky | 54 |
| Graf č. 3: Měsíční preference terapií paní Jany | 57 |
| Graf č. 4: Měsíční preference terapií pana Karla | 60 |
| Graf č. 5: Měsíční preference terapií pana Ing. Antonína | 63 |
| Graf č. 6: Měsíční preference terapií pan Miroslav | 66 |

Přílohy

Příloha č. 1: Potvrzení o realizaci stáže

Příloha č. 2: Rodokmen. Individuální reminiscenční terapie pan Karel

Příloha č. 3: Formulář pro dokumentaci bazální stimulace

Příloha č. 4: Fotografická dokumentace terapií uskutečněných realizační skupinou

Příloha č. 5: Fotodokumentace reminiscenčního koutku

Příloha č. 6: Formulář pro záznamy smyslové aktivizace

Příloha č. 7: Souhlasy s uveřejněním fotodokumentace a prezentace případových studií

Příloha č. 1: Potvrzení o realizaci stáže



Sociální služby Města Sušice, příspěvková organizace

nábřeží Jana Seitze 155

342 01 Sušice

Domov důchodců Sušice

nábřeží Jana Seitze 155

342 01 Sušice

PhDr. Renata Vácová, ředitelka organizace

mobil: 606 045 525

e-mail: vacova@socialni-susice.cz

SOUHLAS A POTVRZENÍ

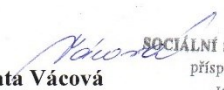
Potvrzuji tímto, že **Bc. Josef Staněk**, bytem pod Antonínem 549/2 Sušice, student navazujícího magisterského studia Sociální a charitativní práce, HTF UK Praha, docházel v době **říjen 2015 až únor 2017** do našich zařízení za účelem sběru dat a realizace šetření pro svou diplomovou práci na téma: „**Základní terapie v přímé péči o gerontologického klienta**“.

V rámci vlastního šetření se účastnil terapií v aktivizačních místnostech domova důchodců i terénu.

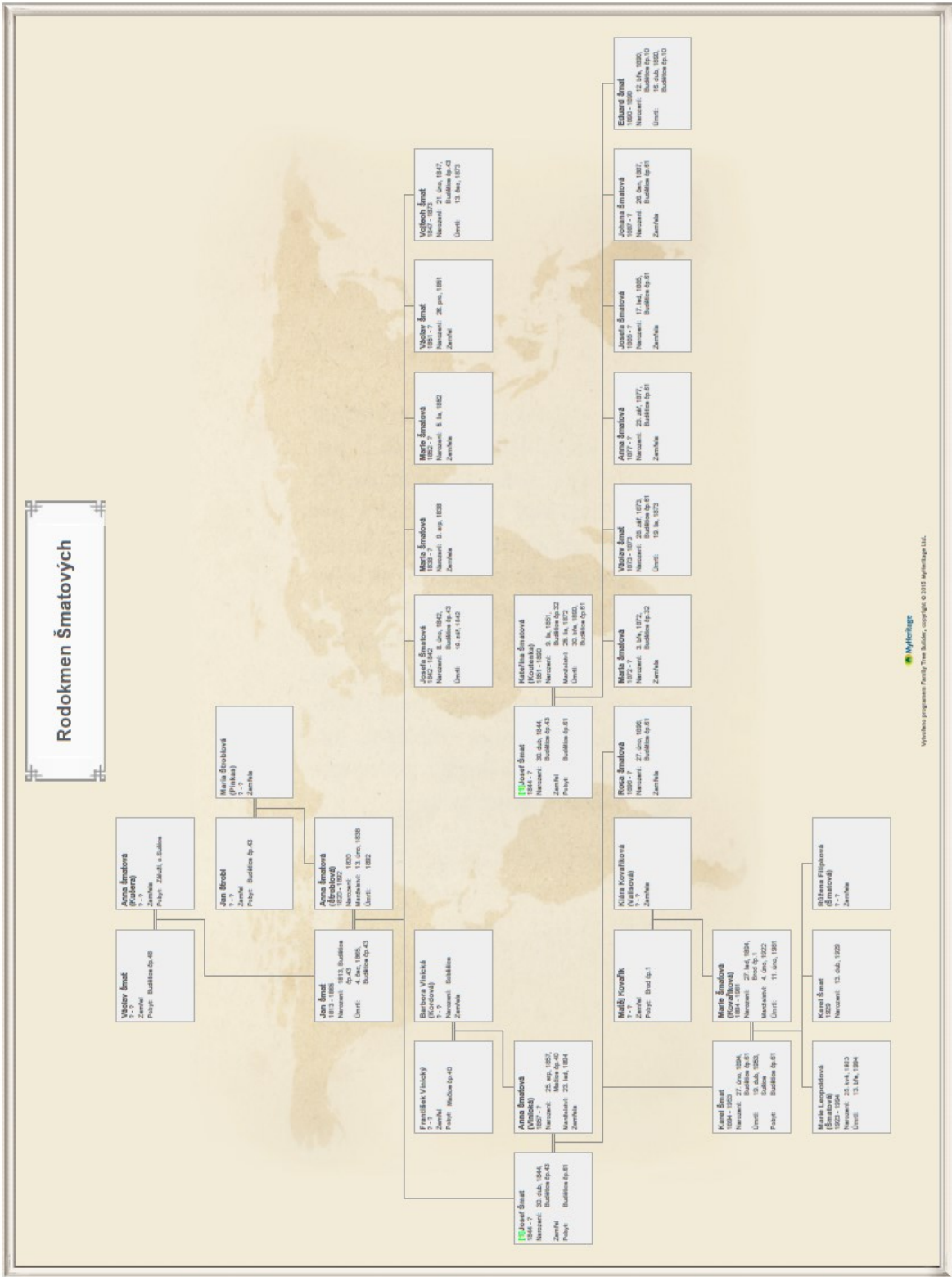
Dávám tímto souhlas i s uveřejněním fotodokumentace i interních tiskovin ve výše uvedené diplomové práci.

V Sušici 1. října 2015

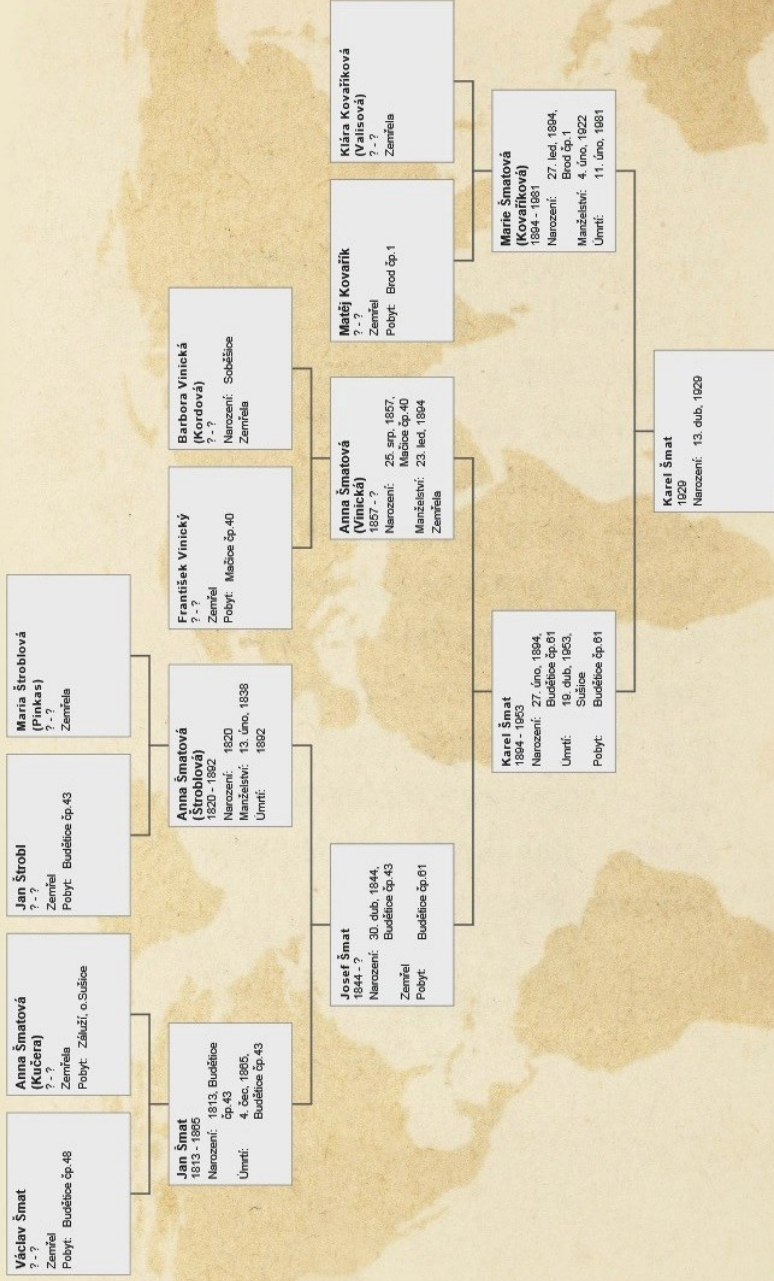
PhDr. Renata Vácová
ředitelka organizace


SOCIÁLNÍ SLUŽBY MĚSTA SUŠICE
příspěvková organizace
IČO: 492 07 482 (2)
Nábř. Jana Seitze 155, 342 01 Sušice

Příloha č. 2: Rodokmen. Individuální Reminiscenční terapie pan Karel



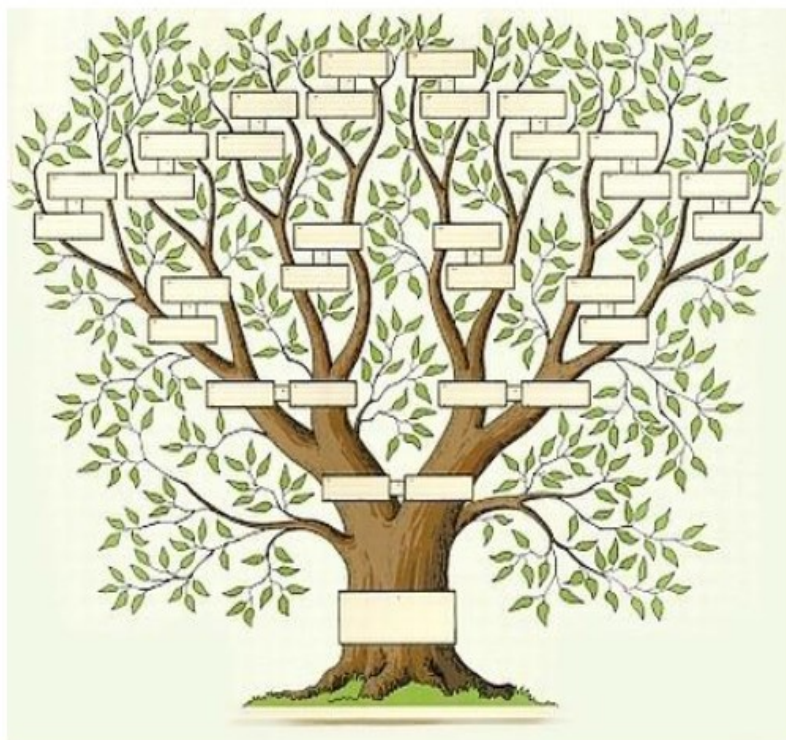
Předkové osoby Karel Šmat



Linie rodu Šmatových

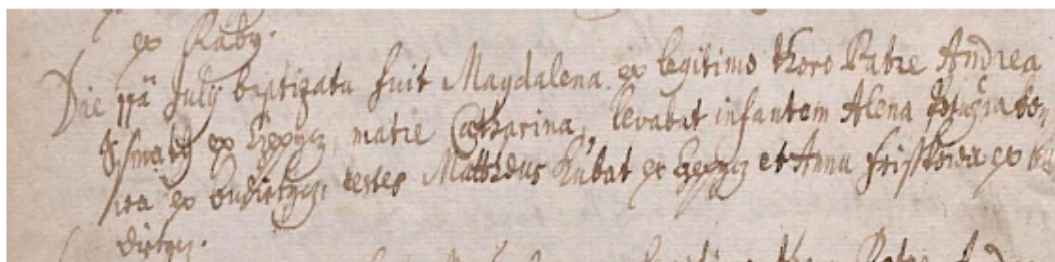
Budětice (Budetitz)
Čepice (Cepitz)
Sušice (Schütthofen)

Sledované období
*1645 - 1902
oo 1677 - 1919
† 1645 - 1902



Současně se objevují i další zástupci rodu v nedalekých Čepicích.

Roku 1690 narozena dcera Magdalena (otec Andrea Schmaty z Cepyz a matka Catharina ...)



Takže co bylo dřív Čepice nebo Budětice?

Obtížné rozhodnutí. Matriky jsou dostupné již od roku 1645, ale jmenné rejstříky až roku 1701. Do té doby jsem matriky prošel letem světem a další úspěšné objevy jsou v tomto mezidobí velmi pravděpodobné.

V dalších časových úsecích se v obou lokalitách nacházejí silné rodiny (viz přehled).

Z důvodu lepší přehlednosti, nejsou uvedeny všechny nálezy matričních záznamů (nalezené záznamy jsou uloženy na datovém médiu ve složce matriky)

Přehled vybraných matričních záznamů

ČEPICE

Andreas + Catharina

- *1690 Magdalena [Andrea + Catharina]
- *1694 Ivanem [Andrea + Catharina]
- *1702 Mathias [Andreas Smat]

oo 1726 Gregorius + Dorothea Zacharda

- *1729 Magdalena [Gregorius + Dorothea]
- *1731 Ianes [Gregorius + Dorothea]
- *1733 Elisabetha [Gregorius + Dorothea]
- *1735 viky? [Gregorius + Dorothea]
- *1740 Magdalena [Gregorius + Dorothea]

František + Marie

- *1874 Teresia [Frantisek + Marie]
- *1874 Karolina [Frantisek + Marie]
- *1877 Jan [Frantisek + Marie]
- *1879 Václav [Frantisek + Marie]
- *1882 Monika [Frantisek + Marie]
- *1884 Antonín [Frantisek + Marie]

† 1725 Elisabetha (70 l., *1655)

† 1729 Catharina (70 l., *1659)

† 1740 Mathias (70 l., *1670)

† 1831 Ondřej (80 l., *1751)

BUDĚTICE

*1653 Jirík [Matěj + Dorothea Smat], Budětice

Joanes (* 1700 - † 1779) + Ludmila

*1734 Jacobus [Joanes + Ludmila], Budětice

*1736 Mathias [Joanes + Ludmila], Budětice

*1736 Catharina [Joanes + Ludmila], Budětice

*1740 Anna [Joanes + Ludmila], Budětice

† 1739 Magdalena (70 l., *1669), Budětice

František (* 1768 - † 1843) + Alžběta (* 1776 - † 1838)

*1808 Tomáš [František + Alžběta], Budětice čp. 27

*† 1810 Petr [František + Alžběta], Budětice čp. 27

*1813 Antonín [František + Alžběta], Budětice čp. 27

Antonín (* 1813 - † 1871) + Kateřina Koutenka [otec Ondřej Koutenka]

*1847 Karel [Antonín {František + Alžběta} + Kateřina], Budětice čp. 27

*1850 Antonín [Antonín {František + Alžběta} + Kateřina K.], Budětice čp. 27

*1851 Anna [Antonín {František + Alžběta} + Kateřina K.], Budětice čp. 27

*1854 Marya [Antonín {František + Alžběta} + Kateřina K.], Budětice čp. 27

*1858 Tomáš [Antonín {František + Alžběta} + Kateřina K.], Budětice čp. 27

Josef (* 1843 - † 1898) + Magdalena

*1871 František [Josef + Magdalena], Budětice čp. 27

*1873 Maria † 1874 [Josef + Magdalena], Budětice čp. 27

*† 1874 Maria (-) [Josef + Magdalena], Budětice čp. 27]

*1877 Johana [Josef + Magdalena], Budětice čp. 27

* František [Josef + Magdalena]

*1901 Johana [František {Josef + Magdalena} + Marie], Budětice čp. 27

† 1838 Alžběta (62 l., * 1776) - manž. František, Budětice čp. 27

†1843 František (75 l., * 1768) - manž. Alžběta, Budětice čp. 27

† 1871 Antonín (57 l., * 1813) - manž. Kateřiny Koutenka, Budětice čp. 27

† 1874 Maria (-) [Josef + Magdalena], Budětice čp. 27

† 1898 Josef (55 l., * 1863) - manž. Magdalena, Budětice čp. 27

Vojtěch + Františka

*† 1853 Jan, Vojtěch, František (Vojtěch + Františka), Budětice čp. 47

*1854 Emilia Maria [Vojtěch {Vojtěch} + Františka], Budětice čp. 47

*1856 Vojtěch [Vojtěch {Vojtěch} + Františka], Budětice čp. 47

Jan + Magdalena

*1771 Dorothea [Joanes + Magdalena], Budětice čp. 48

Jakub (*1734 - † 1816) + Barbora (* 1740 - † 1812)

*1779 Anna [Jacobus + Barbora], Budětice čp. 48

*1782 Adalbert [Jacobus + Barbora], Budětice čp.48

*1785 Josefa, Regina [Jacobus + Barbora], Budětice čp.48

Václav + Anna (rodem ze Záluží čp. 2)

*1813 Jan [Václav + Anna Kučera], Budětice čp.48

† 1779 Joanes (79 l., * 1700), Budětice čp. 47

† 1787 Magdalena (65 l., * 1722), Budětice čp. 47

† 1812 Barbora (72 l., * 1740)- manž. Jakub, Budětice čp. 47

† 1816 Jakub (82 l., * 1734) - manž. Barbora, Budětice čp. 47

V obou lokalitách byl především v hledáčku pan Václav Šmat.

Jeho stopa, sledovaná proti proudu času končí v Buděticích čp. 48. Tehdy se mu narodil syn Jan (1813).

Záznamy v matrikách jsou skoupé a nejsou uvedeni vždy jeho rodiče. To je však rozhodující údaj pro hledání rodinných vztahů.

Bohužel se mi nedařilo najít pokračující linii v těchto lokalitách.

Nejstarším předkem rodiny Šmátových je hodnověrně doložen Václav - kovář, s paní Annou Kučerovou měli syna Jana (1813).

Jan Šmat, kovář, si 13. února 1838 bere za manželku Annu, dceru Jana Štrobla, narozenou v Buděticích čp. 43., jeho další životní pouť je spojená s domem čp. 43 (viz přehled). Jan následoval svoji manželku a rodinu založil již na nové adrese.

Souvislá rodová linie

| | |
|----------------------------------|--|
| Jan Šmat chalupník | Anna Štrobl [Jan Štrobl, Záluží 2(3) později Budětice čp. 43 + Marie Pinkasová] |
| *1813 - †1865 Budětice čp. 48 | *1820 - †1892 (72) Budětice čp. 43 |

oo 13. 2. 1838

Budětice čp. 43, kovář

*† 1838 Maria Budětice čp. 43

*† 1840 Jan Budětice čp. 43

*† 1842 Josefa Budětice čp. 43

*1844 Josef Budětice čp. 43

*1847 †1873 Vojtěch Budětice čp. 43, kovář

*1849 Jan Budětice čp. 43

*1851 Václav Budětice čp. 43

*1852 Maria Budětice čp. 43

V roce 1852 umírá tchán, Jan Štrobl z Budětic čp. 43

*1856 Josefa Budětice čp. 43

*1860 František Budětice čp. 43

*1861 Tomáš Budětice čp. 43

V roce 1865 Jan Šmat zemřel

Rok 1838 – svatba Jana Šmatta mistra kovářského z Budětic č. 48 „... syna zemřelé Anny Kučerové .. ze Záluží č. 3, dcery zemřelého Jakuba Kučery poddaného k panství Žitkovskému“, otec neuveden.

1838
 Jan Šmatt mistr
 kovářský z Budětic
 č. 48
 a Anny Kučerové
 dcery zemřelého
 Jakuba Kučery
 poddaného k
 panství Žitkovskému
 svatba 26. 1.
 sic No 48 věste
 Jan Šmatt mistr
 kovářský z Budětic
 č. 48
 a Anny Kučerové
 dcery zemřelého
 Jakuba Kučery
 poddaného k
 panství Žitkovskému
 svatba 26. 1.

Rok 1847 – matrika narozených „Jan Smatt kovářský mistr a chalupník z Budětic č. 43, syn zemřelého Václava Smatta kováře z Budětic č. 48 a Anny Kučerovej dceri zemřelého Jakuba Kučery domkáře na Záluží č. 2 a Anny manželky jeho rozené Blahout? z Zálužího č. 12.“

Jan Smatt kovářský mistr a chalupník z Budětic
 č. 43
 syn zemřelého Václava Smatta kováře z Budětic
 č. 48
 a Anny Kučerovej dceri zemřelého Jakuba Kučery
 domkáře na Záluží č. 2
 a Anny manželky jeho rozené Blahout? z Zálužího č. 12.

Pokračovatel rodu Josef Šmat se narodil roku 1844 v Buděticích čp. 43.

Oženil se roku 1872 coby vojín c.k. pluku pevnostního dělostřelectva s Kateřinou, dcerou Františka Koutenky - sedláka z Budětic čp.32. V den sňatku se přihlásil ke své dceři Marii. Lze předpokládat, že se poznali již dříve. V té době ještě bydlel v Buděticích čp. 32. Později se přestěhoval do Budětic čp. 61, kde provozoval živnost hostinskou.

| | |
|----------------------------------|--|
| Josef Šmat domkář a hostinský | Kateřina Koutenka [František, sedlák Budědice čp. 32 + Anna Králová, Budědice čp. 34] |
| * 30. 4. 1844 Budědice čp. 43 | *9. 11. 1851 - †30. 3. 1890 (39) Budědice čp. 32 |

oo 25. 11. 1872 vojín c.k. pluku pevnostního dělostřelectva

Budědice čp. 61, hostinský

*1872 Maria Legitim 25. 11. 1872 Budědice čp. 32 (*jako bydleli prarodiče)

*† 1873 Václav Budědice čp. 61

*1874 Josef

*1877 Anna Budědice čp. 61

*1885 Josef Budědice čp. 61

*1887 Johana Budědice čp. 61

*† 1890 Eduart Budědice čp. 10 (matka zemřela 30. 3. 1890) syn měsíc později

V roce 1890 umírá první žena Josefa Šmata, Kateřina, rozená Koutenková. Čtyři roky nato, si roku 1894 bere svou druhou ženu Annou, dceru Františka Vinického z Mačic čp. 40. Záznam o sňatku v matrice nenalezen.

Téhož roku se narodil Karel Šmat.

| | |
|----------------------------------|--|
| Josef Šmat domkář | Anna Vinická [František Vinický, Mačice čp. 40 + Barbora Korda] |
| * 30. 4. 1844 Budědice čp. 43 | *25. 8. 1857 |

oo 23. 1. 1894

Budědice čp. 61, domkář

*1894 Karel Budědice čp. 61



*1896 Růžena (Rosa) Budědice čp. 61

Karel Šmat si bere 4. února 1922 v Sušici Marii Kovářikovou z Brodu čp. 1, dceru Matěje Kovářika a Kláry, dcery Jiřího Valise sedláka v Žikovech čp. 2 a jeho manželky Marie rozené Michálkové.

Rok po svatbě se narodila dcera Marie a v roce 1929 syn Karel.

| | |
|--------------------------------|--|
| Karel Šmat | Marie Kovaříková Matěj Kovařík, Brod čp. 1 + Klára Valisová |
| *27. 2. 1894 - †19. 4. 1953 | *27. 1. 1894 †11. 2. 1981 |

oo 4. 2. 1922 Sušice

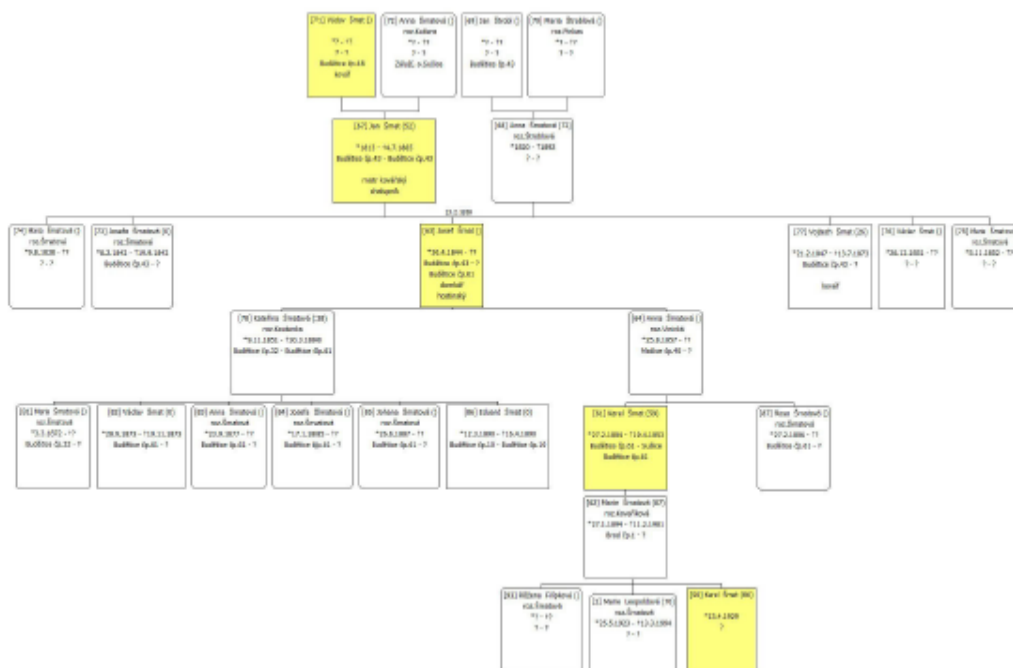
Budětice čp. 61

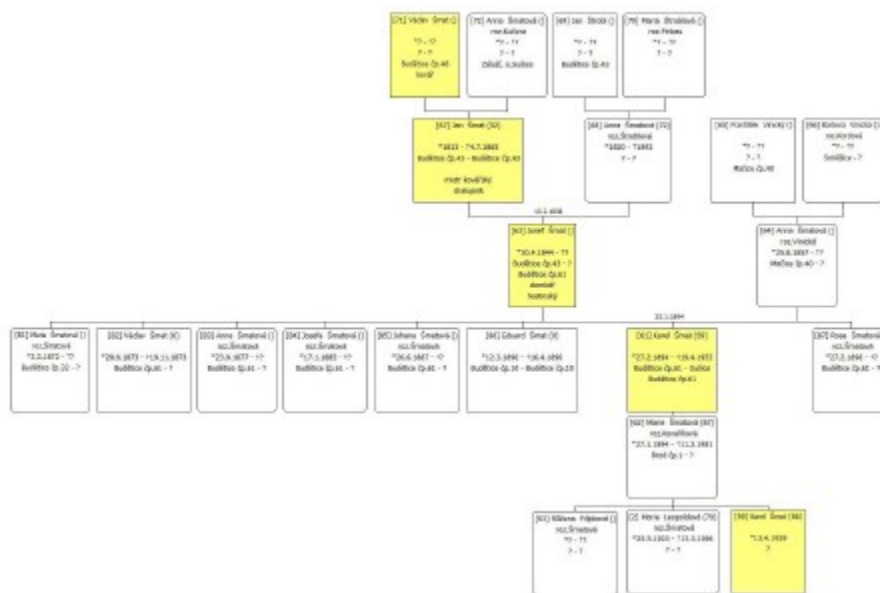
*1923 Marie Leopoldová, roz. Šmatová

*1929 Karel Šmat

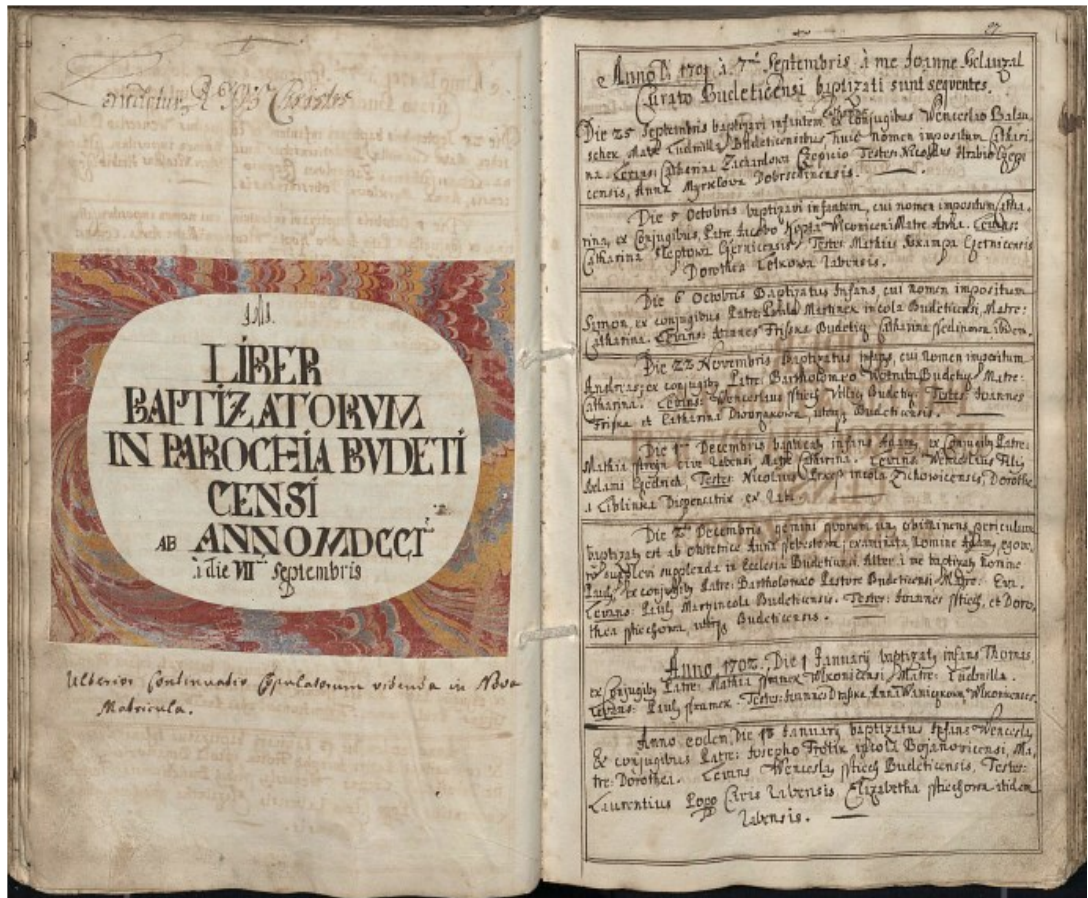
Závěr:

- Obtížně si vysvětluji absenci matričních údajů u Václava Šmata, nenašel jsem žádné záznamy o sňatku a dalších dětech, jako by byl jen na návštěvě. Pravdou je, že svatby většinou probíhaly v místě bydliště nevěsty. Prohlédl jsem matriky oddaných z bydliště nevěsty, Záluží. Žádný záznam.
Zajímavostí je další vazba na Záluží. Tchán Jana Šmata, Jan Štrobl, pochází také ze Záluží. Nenašel jsem ani doklad o narození Jana Šmata z roku cca 1813. Datum narození je odečteno podle sňatku s Annou Štroblovou z roku 1838.
- Podivně na mě působí „černá díra“ v letech 1744 až 1770, kdy jsem neobjevil žádný záznam o rodině Šmatových. To je 26 let bez matričního záznamu.
- Rodinná linie je rozdrobena do jednotlivých oddělených rodin, nenašel jsem společný spojovací článek.









[illegible]

| Year | Month | Day | Place | Event | Remarks | Signature |
|------|-------|-----|--------|-------|---------|-----------|
| 1841 | Jan | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1842 | Feb | 15 | London | ... | ... | ... |
| 1843 | Mar | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1844 | Apr | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1845 | May | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1846 | Jun | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1847 | Jul | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1848 | Aug | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1849 | Sep | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1850 | Oct | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1851 | Nov | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1852 | Dec | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1853 | Jan | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1854 | Feb | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1855 | Mar | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1856 | Apr | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1857 | May | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1858 | Jun | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1859 | Jul | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1860 | Aug | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1861 | Sep | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1862 | Oct | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1863 | Nov | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1864 | Dec | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1865 | Jan | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1866 | Feb | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1867 | Mar | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1868 | Apr | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1869 | May | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1870 | Jun | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1871 | Jul | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1872 | Aug | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1873 | Sep | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1874 | Oct | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1875 | Nov | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1876 | Dec | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1877 | Jan | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1878 | Feb | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1879 | Mar | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1880 | Apr | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1881 | May | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1882 | Jun | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1883 | Jul | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1884 | Aug | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1885 | Sep | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1886 | Oct | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1887 | Nov | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1888 | Dec | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1889 | Jan | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1890 | Feb | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1891 | Mar | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1892 | Apr | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1893 | May | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1894 | Jun | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1895 | Jul | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1896 | Aug | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1897 | Sep | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1898 | Oct | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1899 | Nov | 1 | London | ... | ... | ... |
| 1900 | Dec | 1 | London | ... | ... | ... |

| 181 | | | |
|------|-------|-----|-------|
| Year | Month | Day | Notes |
| 1811 | Jan | 1 | ... |
| 1811 | Jan | 2 | ... |
| 1811 | Jan | 3 | ... |
| 1811 | Jan | 4 | ... |
| 1811 | Jan | 5 | ... |
| 1811 | Jan | 6 | ... |
| 1811 | Jan | 7 | ... |
| 1811 | Jan | 8 | ... |
| 1811 | Jan | 9 | ... |
| 1811 | Jan | 10 | ... |
| 1811 | Jan | 11 | ... |
| 1811 | Jan | 12 | ... |
| 1811 | Jan | 13 | ... |
| 1811 | Jan | 14 | ... |
| 1811 | Jan | 15 | ... |
| 1811 | Jan | 16 | ... |
| 1811 | Jan | 17 | ... |
| 1811 | Jan | 18 | ... |
| 1811 | Jan | 19 | ... |
| 1811 | Jan | 20 | ... |
| 1811 | Jan | 21 | ... |
| 1811 | Jan | 22 | ... |
| 1811 | Jan | 23 | ... |
| 1811 | Jan | 24 | ... |
| 1811 | Jan | 25 | ... |
| 1811 | Jan | 26 | ... |
| 1811 | Jan | 27 | ... |
| 1811 | Jan | 28 | ... |
| 1811 | Jan | 29 | ... |
| 1811 | Jan | 30 | ... |
| 1811 | Jan | 31 | ... |

| 182 | | | |
|------|-------|-----|-------|
| Year | Month | Day | Notes |
| 1811 | Feb | 1 | ... |
| 1811 | Feb | 2 | ... |
| 1811 | Feb | 3 | ... |
| 1811 | Feb | 4 | ... |
| 1811 | Feb | 5 | ... |
| 1811 | Feb | 6 | ... |
| 1811 | Feb | 7 | ... |
| 1811 | Feb | 8 | ... |
| 1811 | Feb | 9 | ... |
| 1811 | Feb | 10 | ... |
| 1811 | Feb | 11 | ... |
| 1811 | Feb | 12 | ... |
| 1811 | Feb | 13 | ... |
| 1811 | Feb | 14 | ... |
| 1811 | Feb | 15 | ... |
| 1811 | Feb | 16 | ... |
| 1811 | Feb | 17 | ... |
| 1811 | Feb | 18 | ... |
| 1811 | Feb | 19 | ... |
| 1811 | Feb | 20 | ... |
| 1811 | Feb | 21 | ... |
| 1811 | Feb | 22 | ... |
| 1811 | Feb | 23 | ... |
| 1811 | Feb | 24 | ... |
| 1811 | Feb | 25 | ... |
| 1811 | Feb | 26 | ... |
| 1811 | Feb | 27 | ... |
| 1811 | Feb | 28 | ... |
| 1811 | Feb | 29 | ... |
| 1811 | Feb | 30 | ... |
| 1811 | Feb | 31 | ... |

| 183 | | | |
|------|-------|-----|-------|
| Year | Month | Day | Notes |
| 1811 | Mar | 1 | ... |
| 1811 | Mar | 2 | ... |
| 1811 | Mar | 3 | ... |
| 1811 | Mar | 4 | ... |
| 1811 | Mar | 5 | ... |
| 1811 | Mar | 6 | ... |
| 1811 | Mar | 7 | ... |
| 1811 | Mar | 8 | ... |
| 1811 | Mar | 9 | ... |
| 1811 | Mar | 10 | ... |
| 1811 | Mar | 11 | ... |
| 1811 | Mar | 12 | ... |
| 1811 | Mar | 13 | ... |
| 1811 | Mar | 14 | ... |
| 1811 | Mar | 15 | ... |
| 1811 | Mar | 16 | ... |
| 1811 | Mar | 17 | ... |
| 1811 | Mar | 18 | ... |
| 1811 | Mar | 19 | ... |
| 1811 | Mar | 20 | ... |
| 1811 | Mar | 21 | ... |
| 1811 | Mar | 22 | ... |
| 1811 | Mar | 23 | ... |
| 1811 | Mar | 24 | ... |
| 1811 | Mar | 25 | ... |
| 1811 | Mar | 26 | ... |
| 1811 | Mar | 27 | ... |
| 1811 | Mar | 28 | ... |
| 1811 | Mar | 29 | ... |
| 1811 | Mar | 30 | ... |
| 1811 | Mar | 31 | ... |

| 1856 | | | | 1857 | | | |
|------|-------|-----|-------|------|-------|-----|-------|
| Year | Month | Day | Notes | Year | Month | Day | Notes |
| 1856 | Jan | 1 | ... | 1857 | Jan | 1 | ... |
| 1856 | Feb | 1 | ... | 1857 | Feb | 1 | ... |
| 1856 | Mar | 1 | ... | 1857 | Mar | 1 | ... |
| 1856 | Apr | 1 | ... | 1857 | Apr | 1 | ... |
| 1856 | May | 1 | ... | 1857 | May | 1 | ... |
| 1856 | Jun | 1 | ... | 1857 | Jun | 1 | ... |
| 1856 | Jul | 1 | ... | 1857 | Jul | 1 | ... |
| 1856 | Aug | 1 | ... | 1857 | Aug | 1 | ... |
| 1856 | Sep | 1 | ... | 1857 | Sep | 1 | ... |
| 1856 | Oct | 1 | ... | 1857 | Oct | 1 | ... |
| 1856 | Nov | 1 | ... | 1857 | Nov | 1 | ... |
| 1856 | Dec | 1 | ... | 1857 | Dec | 1 | ... |

| 1858 | | | | 1859 | | | |
|------|-------|-----|-------|------|-------|-----|-------|
| Year | Month | Day | Notes | Year | Month | Day | Notes |
| 1858 | Jan | 1 | ... | 1859 | Jan | 1 | ... |
| 1858 | Feb | 1 | ... | 1859 | Feb | 1 | ... |
| 1858 | Mar | 1 | ... | 1859 | Mar | 1 | ... |
| 1858 | Apr | 1 | ... | 1859 | Apr | 1 | ... |
| 1858 | May | 1 | ... | 1859 | May | 1 | ... |
| 1858 | Jun | 1 | ... | 1859 | Jun | 1 | ... |
| 1858 | Jul | 1 | ... | 1859 | Jul | 1 | ... |
| 1858 | Aug | 1 | ... | 1859 | Aug | 1 | ... |
| 1858 | Sep | 1 | ... | 1859 | Sep | 1 | ... |
| 1858 | Oct | 1 | ... | 1859 | Oct | 1 | ... |
| 1858 | Nov | 1 | ... | 1859 | Nov | 1 | ... |
| 1858 | Dec | 1 | ... | 1859 | Dec | 1 | ... |

| 1860 | | | | 1861 | | | |
|------|-------|-----|-------|------|-------|-----|-------|
| Year | Month | Day | Notes | Year | Month | Day | Notes |
| 1860 | Jan | 1 | ... | 1861 | Jan | 1 | ... |
| 1860 | Feb | 1 | ... | 1861 | Feb | 1 | ... |
| 1860 | Mar | 1 | ... | 1861 | Mar | 1 | ... |
| 1860 | Apr | 1 | ... | 1861 | Apr | 1 | ... |
| 1860 | May | 1 | ... | 1861 | May | 1 | ... |
| 1860 | Jun | 1 | ... | 1861 | Jun | 1 | ... |
| 1860 | Jul | 1 | ... | 1861 | Jul | 1 | ... |
| 1860 | Aug | 1 | ... | 1861 | Aug | 1 | ... |
| 1860 | Sep | 1 | ... | 1861 | Sep | 1 | ... |
| 1860 | Oct | 1 | ... | 1861 | Oct | 1 | ... |
| 1860 | Nov | 1 | ... | 1861 | Nov | 1 | ... |
| 1860 | Dec | 1 | ... | 1861 | Dec | 1 | ... |

[illegible][illegible]

| Knihy | | | | | | | | | |
|-------------------|--|----------|--|----------|--|-------------------------------|--|-------------------------------|--|
| narozených. 1894. | | | | | | | | | |
| 299- | | | | | | | | | |
| Rok, měsíc a den | | Imeno | | Imeno | | Míst. | | Báňa | |
| na- rození | | křtého | | pokřtěno | | stá- do, kra- j, ob- sá, kraj | | stá- do, kra- j, ob- sá, kraj | |
| 1894. | | Edvard | | Kotlinec | | Kotlinec | | Kotlinec | |
| 1. 1. | | Leden | | Kotlinec | | Kotlinec | | Kotlinec | |
| 1. 3. | | Leden | | Kotlinec | | Kotlinec | | Kotlinec | |
| 1894. | | Kotlinec | | Kotlinec | | Kotlinec | | Kotlinec | |
| 1. 5. | | Leden | | Kotlinec | | Kotlinec | | Kotlinec | |
| 1894. | | Kotlinec | | Kotlinec | | Kotlinec | | Kotlinec | |
| 1. 6. | | Leden | | Kotlinec | | Kotlinec | | Kotlinec | |
| 1894. | | Kotlinec | | Kotlinec | | Kotlinec | | Kotlinec | |
| 1. 17. | | Leden | | Kotlinec | | Kotlinec | | Kotlinec | |
| 1894. | | Kotlinec | | Kotlinec | | Kotlinec | | Kotlinec | |
| 1. 27. | | Leden | | Kotlinec | | Kotlinec | | Kotlinec | |

28. 30. Zvěřinec, k. k. okr. soud i hejtm. Insice. Anna Smatt, vy' měnkářka z Budetici 43. v. dora poť Jan Smattovi chalupníka z Budetici 43. r. k. okr. soud i hejtm. Insice.

Přehled použitých matrik

| Archiv | Místo | Datace |
|--------|-------------|--|
| Plzeň | Budětice 01 | Bojanovice (Bojanowitz), Budětice (Budetitz), Čepice (Cepitz), Lipová Lhota (Lhota, Lhota), Rábí (Raby), Vlkonice (Vlkonitz) |
| Plzeň | Budětice 02 | Bojanovice (Bojanowitz), Budětice (Budetitz), Čepice (Cepitz), Rábí (Raby), Vlkonice (Vlkonitz) |
| Plzeň | Budětice 19 | Bojanovice (Bojanowitz), Budětice (Budetitz), Čepice (Cepitz), Lipová Lhota (Lhota, Lhota), Rábí (Raby), Vlkonice (Vlkonitz) |
| Plzeň | Budětice 03 | Bojanovice (Bojanowitz), Budětice (Budetitz), Čepice (Cepitz), Rábí (Raby), Vlkonice (Vlkonitz) |
| Plzeň | Budětice 04 | Bojanovice (Bojanowitz), Budětice (Budetitz), Čepice (Cepitz), Lipová Lhota (Lhota, Lhota), Rábí (Raby), Vlkonice (Vlkonitz) |
| Plzeň | Budětice 20 | Bojanovice (Bojanowitz), Budětice (Budetitz), Čepice (Cepitz), Lipová Lhota (Lhota, Lhota), Rábí (Raby), Vlkonice (Vlkonitz) |
| Plzeň | Budětice 05 | Bojanovice (Bojanowitz), Budětice (Budetitz), Čepice (Cepitz), Rábí (Raby), Vlkonice (Vlkonitz) |
| Plzeň | Budětice 06 | Bojanovice (Bojanowitz), Budětice (Budetitz), Čepice (Cepitz), Lipová Lhota (Lhota, Lhota), Rábí (Raby), Vlkonice (Vlkonitz) |
| Plzeň | Budětice 17 | Bojanovice (Bojanowitz), Budětice (Budetitz), Čepice (Cepitz), Lipová Lhota (Lhota, Lhota), Rábí (Raby), Vlkonice (Vlkonitz) |
| Plzeň | Budětice 07 | Bojanovice (Bojanowitz), Budětice (Budetitz), Čepice (Cepitz), Lipová Lhota (Lhota, Lhota), Rábí (Raby), Vlkonice (Vlkonitz) |
| Plzeň | Budětice 15 | Bojanovice (Bojanowitz), Budětice (Budetitz), Čepice (Cepitz), Lipová Lhota (Lhota, Lhota), Rábí (Raby), Vlkonice (Vlkonitz) |
| Plzeň | Budětice 21 | Bojanovice (Bojanowitz), Budětice (Budetitz), Čepice (Cepitz), Lipová Lhota (Lhota, Lhota), Rábí (Raby), Vlkonice (Vlkonitz) |
| Plzeň | Budětice 08 | Bojanovice (Bojanowitz), Budětice (Budetitz), Čepice (Cepitz), Lipová Lhota (Lhota, Lhota), Rábí (Raby), Vlkonice (Vlkonitz) |
| Plzeň | Zavlekov 14 | Bernartice (Bernartitz), Bilenice (Bilenitz), Bolešiny (Bolleschin), Bořkovy (Bořkau), Brod (Brod), Budětice (Budetitz), Buršice (Burschitz) |
| Plzeň | Budětice 18 | Bojanovice (Bojanowitz), Budětice (Budetitz), Čepice (Cepitz), Lipová Lhota (Lhota, Lhota), Rábí (Raby), Vlkonice (Vlkonitz) |
| Plzeň | Budětice 16 | Bojanovice (Bojanowitz), Budětice (Budetitz), Čepice (Cepitz), Lipová Lhota (Lhota, Lhota), Rábí (Raby), Vlkonice (Vlkonitz) |
| Plzeň | Budětice 22 | Bojanovice (Bojanowitz), Budětice (Budetitz), Čepice (Cepitz), Lipová Lhota (Lhota, Lhota), Rábí (Raby), Vlkonice (Vlkonitz) |
| Plzeň | Budětice 25 | Budětice (Budetitz) |
| Plzeň | Budětice 10 | Budětice (Budetitz) |
| Plzeň | Budětice 26 | Bojanovice (Bojanowitz), Budětice (Budetitz), Čepice (Cepitz), Lipová Lhota (Lhota, Lhota), Rábí (Raby), Vlkonice (Vlkonitz) |
| Plzeň | Budětice 24 | Bojanovice (Bojanowitz), Budětice (Budetitz), Čepice (Cepitz), Lipová Lhota (Lhota, Lhota), Rábí (Raby), Vlkonice (Vlkonitz) |
| Plzeň | Budětice 23 | Budětice (Budetitz), Čepice (Cepitz), Lipová Lhota (Lhota, Lhota), Vlkonice (Vlkonitz) |
| Plzeň | Bukovník 31 | Bilenice (Bilenitz), Bukovník (Bukownik), Damič (Damitsch), Mačice (Matschitz), Soběšice (Sobeschitz) |
| Plzeň | Kolinec 19 | Brod (Brod), Jindřichovice (Jindřichowitz), Kolinec (Kolinetz, Kolínek), Mlázovy (Mlázow), Vlčkovice (Wlckowitz) |

Seznam matričních záznamů

1653_budetice-01_0261-n_jiri_matej_dorotha_budetice.jpg
1690_budetice-02_0340-n_smat_magdalena_adrea_katharina_cepice.jpg
1694_budetice-02_0410-n_smat_joanem_andrea_xx.jpg
1702_budetice-03_0300-n_schmad_mathias_cepicio.jpg
1706_budetice-03_0350-n_smat_matyas_matias_elizabetha_cepitz.jpg
1725_budetice-03_0160-o_smat_matheus_hlavaty_dorothea_cepitz.jpg
1725_budetice-03_0160-o_smat_ondrej_dorothea_cepitz.jpg
1725_budetice-03_0960-z_smatova_alzbeta_cepitz.jpg
1726_budetice-03_0160-o_smat_grogorius_andreas_zacharda_dorothea_cepitz.jpg
1726_budetice-03_0960-z_smat_dorethea_mateus_cepitz.jpg
1728_budetice-03_0180-o_smat_matheus_pecharda_magdalena_cepitz.jpg
1729_budetice-03_0740-n_smat_magdalena_gregorius_dorothea_cepitz.jpg
1729_budetice-03_0980-z_smat_mathias_a_katharina_cepitz.jpg
1731_budetice-03_0990-z_smat_ondrej_cepitz.jpg
1731_budetice-04_0030-n_smat_ivaniez_gregorius_dorothea_cepitz.jpg
1733_budetice-04_0070-n_smatova_elisabetha_gregorio_dorothea_cepicio.jpg
1734_budetice-04_0120-n_smat_jacobus_joanes_ludmila_budeticio.jpg
1735_budetice-03_1020-z_smatova_alzbeta_cepitz.jpg
1735_budetice-03_1020-z_smatova_elysabetha_cepitz.jpg
1735_budetice-04_0130-n_smat_viky_gregorius_dorothea_cepitz.jpg
1736_budetice-04_0150-n_smat_mathis_joanes_ludmila_budeticio.jpg
1737_budetice-04_0180-n_smat_katharina_joanes_ludmila_budeticio.jpg
1738_budetice-03_1030-z_smat_magdalena_cepitz.jpg
1739_budetice-03_1040-z_smatova_magdalena_budetitz.jpg
1739_budetice-04_0220-n_smat_martin_joanes_ludmila_budeticio.jpg
1740_budetice-03_1050-z_smat_mathias_cepitz.jpg
1740_budetice-04_0240-n_smat_magdalena_gregorio_dorothea_cepitz.jpg
1744_budetice-04_0310-n_smatova_anna_joanes_ludmila_budetitz.jpg
1770_budetice-05_0520-n_smat_jacobus_joanes_magdalena_cepitz.jpg
1771_budetice-05_0570-n_smatova_dorothea_joanes_budetice.jpg
1771_budetice-05_1640-z_schmat_joanes_cepice.jpg
1771_budetice-05_1650-z_schmat_mathias_budetice.jpg
1779_budetice-05_0880-n_smatova_anna_jacobus_budetice_48.jpg
1779_budetice-05_1830-z_smat_joannes_budetice_48.jpg
1782_budetice-05_1020-n_schmat_adalbert_jacobus_barbora_budetice_48.jpg
1782_budetice-05_1020-n_schmat_adalbert_jacobus_barbora_budetice_48_B.jpg
1785_budetice-06_0060-n_smatova_josefa_regina_jakub_barbora_budetice_48.jpg
1787_budetice-06_1020-z_smat_jan_magdalena_budetice_48.jpg
1807_budetice-15_0035-o_smat_frantisek_jakub_barbora_budetice_48.jpg
1807_budetice-15_0035-o_xx_smatova_barbora_jakub_barbora_budetice_48.jpg
1808_budetice-07_0065-n_smat_tomas_frantisek_alzbeta.jpg
1808_budetice-15_0035-o_strobl_jan_pinkasova_budetice_27.jpg
1812_budetice-17_0060-z_smatova_barbora_jakuba.jpg
1813_budetice-07_0090-n_smat_antonin_frantisek_alzbeta_budetice_27.jpg
1816_budetice-17_0070-z_smat_jakub.jpg
1838_budetice-08_0520-n_smatova_maria_jan_anna_budetice_43.jpg
1838_budetice-15_0110-o_smat_jan_anna.jpg
1838_budetice-17_0145-z_smatova_maria_bud43_alzbeta_budetice_23.jpg
1840_budetice-08_0730-n_smat_jan_jan_anna_budetice_43.jpg
1841_budetice-17_0160-z_smat_jan_jan.jpg
1842_budetice-08_0940-n_smatova_josefa_jan_anna_budetice_43.jpg
1843_budetice-18_0040-z_smat_frantisek.jpg
1844_budetice-08_1230-n_smat_josef_jan_anna.jpg
1846_budetice-08_1520-n_smat_matej_jan_anna_budetice_43.jpg
1847_budetice-08_1680-n_smat_vojtech_jan_anna_budetice_43.jpg
1847_budetice-08_1780-n_smat_karel_antonin_katerina_budetice_27.jpg
1849_budetice-08_2030-n_smat_jan_jan_anna.jpg
1850_budetice-08_2120-n_smat_antonin_antonin_katerina_budetice_27.jpg
1851_budetice-08_2320-n_smatova_julie_vojtech_frantiska_budetice_47.jpg
1851_budetice-08_2410-n_smatova_anna_antonin_katerina_budetice_27.jpg
1851_budetice-08_2420-n_koutenka_katerina_frantisek_anna.jpg
1851_budetice-08_2430-n_smat_vaclav_jan_anna.jpg
1852_budetice-08_2630-n_smatova_marie_jan_anna_budetice_43.jpg
1853_budetice-18_0510-z_smat_jan_vojtech_frantisek_vojtech_frantiska.jpg
1854_budetice-08_2650-n_smat_emilia_vojtech_budetice_48.jpg
1854_budetice-08_2650-n_smatova_maria_antonin_katerina_koutenka_budetice_27.jpg
1856_budetice-10_0020-n_smatova_josefa_jan_anna_budetice_43.jpg
1858_budetice-10_0120-n_smat_tomas_antonin_katerina_budetice_27.jpg
1860_budetice-10_0150-n_smat_frantisek_jan_anna_budetice_43.jpg
1861_budetice-10_0190-n_smat_tomas_jan_anna_budetice_43.jpg
1865_budetice-18_0900-z_smat_jan.jpg
1871_budetice-23_0071-n_smat_frantisek_josef_antonin_magdalena.jpg
1871_budetice-24_0151-z_smat_antonin.jpg
1872_budetice-23_0141-n_smatova_maria_jan_josef_katerina.jpg
1872_budetice-26_0271-o_smat_josef_koutenka_katerina.jpg
1873_budetice-23_0211-n_smat_vaclav_jan_josef_katerina.jpg
1873_budetice-23_0221-n_smatova_maria_antonin_josef_magdalena.jpg
1873_budetice-24_0181-z_smat_vojtech_jan_anna.jpg
1873_budetice-24_0191-z_smat_vaclav_jan_josef_katerina.jpg
1874_budetice-24_0211-z_smatova_maria_antonin_josef_magdalena.jpg
1874_budetice-24_0221-z_smatova_karolina_frantisek.jpg
1877_budetice-23_0421-n_smatova_anna_jan_josef_katerina.jpg
1882_budetice-23_0671-n_smatova_monika_frantisek.jpg
1884_budetice-23_0791-n_smat_antonin_frantisek.jpg
1885_budetice-23_0831-n_smatova_josefa_jan_josef_katerina.jpg
1885_budetice-24_0441-z_smatova_josefa_jan_josef_katerina.jpg
1887_budetice-23_0401-n_smatova_johana_josef.jpg
1887_budetice-23_0951-n_smatova_johana_jan_josef_katerina.jpg
1887_budetice-23_0961-n_smatova_barbara_frantisek_tomas.jpg
1890_budetice-23_1061-n_smat_eduard_jan_josef_katerina.jpg
1890_budetice-24_0561-z_smat_eduard_jan_josef_katerina.jpg
1890_budetice-24_0561-z_smatova_katerina_jan_josef.jpg
1892_budetice-24_0591-z_smatova_anna_jan.jpg
1893_budetice-24_0621-z_smat_josef_nem_syn_marie_frantisek.jpg
1894_budetice-23_1351-n_smat_karel_jan_josef_anna.jpg
1894_bukovnik-31_0860-o_smat_josef_vinicka_anna.jpg
1894_kolinec-19_3000-n_smatova_kovarikova_marie.jpg
1896_budetice-23_1441-n_smatova_ruzena_jan_josef_anna.jpg
1898_budetice-24_0771-z_smat_josef_budetice_27.jpg
1898_budetice-24_0771-z_smat_josef_magdalena.jpg
1901_budetice-23_1801-n_smatova_johana_frantisek.jpg

BAZÁLNÍ STIMULACE
DOMOV PRO SENIORY, SUŠICE
Nábřeží Jana Seitze 155

Jméno klienta:

Datum narození:

Iniciální dotek:

Pracovník:

Měsíc a rok:

| Datum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|---------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Zklidňující koupel | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zklidňující somatická stimulace | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Povzbuzující somatická stimul. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Masáž podporující dýchání | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vestibulární stimulace | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Optická simulace | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Auditivní stimulace | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Orální stimulace | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Masáž ruky | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Podpis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kontrola provedení | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Pocity klienta: ☺ ☹ ☹ ☹

Závěrečné hodnocení:

Příloha č. 4: Fotografická dokumentace terapií uskutečněných realizační skupinou

Fotografie paní Zdeňky a Jany na výletě do lázní Vráž



Zdroj: Vlastní foto

Fotografie pan Karel, Ing Antonín a Paní Olga při aktivizační činnosti: „Hádej, co se změnilo“



Zdroj: Vlastní foto

Fotografie realizační skupiny při vzpomínkové terapii



Zdroj: Vlastní foto

Fotografie pan Karel a Ing. Antonín, Zdeňka a Jana

Ergoterapie: „Co si zvládnou uvařit“



Zdroj: Vlastní foto

Fotodokumentace pan Karel a paní Zdeňka při návštěvě ve svém domově



Pan Karel na návštěvě a s účastníci kvalifikačního kurzu



Zdroj: Vlastní foto

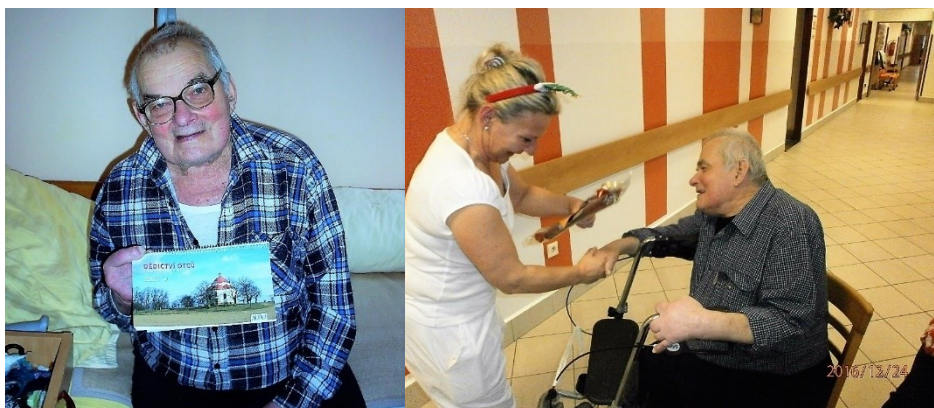
Fotografie paní Jana a Zdeňka při aromaterapii a klimatoterapii



Klimatoterapie návštěva kaple Anděla Strážce v Sušici



Poslední fotografie pana Karla před jeho úmrtím Vánoce 2016






Zdroj: Vlastní foto a fotografie poskytnuté aktivizačními pracovníci

Příloha č. 5: Fotografická dokumentace reminiscenčního koutku



Zdroj: <http://www.socialni-susice.cz/fotogalerie>

Příloha č. 6: Formulář pro záznam smyslové aktivizace

|    | | |
|--|--|--------------------------------------|
| TÉMA PODTÉMA | | METODA: |
| STRUČNÝ POPIS SKUPINY | | Poznámka k sestavení skupiny: |
| AKTIVIZAČNÍ MATERIÁL | | Cíl, co sleduji: |
| IDEA A MYŠLENKY | | Podporuji především: |



| | | | |
|---------------------------|----------------|--|--------------------------------|
| <p>FÁZE VSTUPU</p> | <p>METODA:</p> | | <p>Cíl, co sleduji:</p> |
| | | | |
| <p>HLAVNÍ FÁZE</p> | | | <p>Cíl, co sleduji:</p> |
| | | | |



| | | |
|---------------|-------------------------------------|-------------------------|
| VÝSTUP | | Cíl, co sleduji: |
| | DATUM USKUTEČNĚNÍ AKTIVIZACE | |
| | DALŠÍ NAVAZUJÍCÍ PODTÉMATA | |

| HODNOCENÍ | POPIS |
|--|--------------|
| POZOROVÁNÍ ZAMĚŘENÉ NA KLIENTA (pozorování a zjištění - reakce členů skupiny) | |
| POZOROVÁNÍ ZAMĚŘENÉ NA SEBE- AKTIVIZAČNÍHO PRACOVNÍKA (pozorování vlastního jednání a postupu) | |
| CO PŘÍŠTĚ UDEĚLÁM JINAK | |

Příloha č. 7: Souhlasy s uveřejněním fotodokumentace a případových studií
Prohlášení a souhlas k uveřejnění fotodokumentace a případových studií v Diplomové práci „Základní terapie v přímé péči o gerontologického klienta“ Josefa Staňka

Vlastnoručním podpisem dávám souhlas k uveřejnění a publikování fotografií a případové studie a rodokmenu v Diplomové práci.

A rectangular box containing a handwritten signature in blue ink. The signature appears to be 'Šmat K.'.

Karel Šmat

V Sušici 6. 1. 2017

Prohlášení a souhlas k uveřejnění fotodokumentace a případových studií v Diplomové práci „Základní terapie v přímé péči o gerontologického klienta“ Josefa Staňka

Vlastnoručním podpisem dáváme souhlas k uveřejnění a publikování fotografií a případových studií v Diplomové práci.

PhDr.
Olga Filipová

Filipová
Kavalová

Zdeňka Kavalová

Jana Staňková

(zastoupená aktivizační pracovnící p. Pavelcovou)

Pavelcová

Ing.
Antonín Balej

Balej

Miroslav Chmelík

Chmelík

V Sušici

6. 1. 2017

Shrnutí

Diplomová práce „Základní terapie v přímé péči o gerontologického klienta“, byla zaměřena na deskripci základních terapií v přímé péči o gerontologického klienta s cílem popsat, analyzovat a navrhnout neoptimálnější přístupy v sociální péči, které lze v rámci základních druhů terapií realizovat. Text práce byl rozvržen do čtyř kapitol, které prezentují odborné názory řady autorů. Teoretickou část práce tvoří tři kapitoly. První kapitola je věnována deskripci preferovaných terapií, druhá kapitola analyzuje sociálně zdravotní aspekty stáří a třetí přibližuje reprezentaci základní legislativy v péči o seniory. Stěžejní, čtvrtá kapitola interpretuje data získaná kvalitativním šetřením, které bylo realizováno pomocí kooperace několika metodologických postupů volných rozhovorů, pozorování v konkrétním institucionálním zařízení s realizační smíšenou skupinou šesti seniorů, kteří se v průběhu přibližně jednoho roku podíleli na sestavení případových studií a zapojovali do různých typů terapií a aktivit. Získaná data byla segmentována i detailně analyzována, důraz byl kladen na etický, důstojný přístup i spolupráci se sociálními pracovníky. Získané výsledky šetření hodnotím vzhledem k nerepresentativnosti množství získaných dat jako orientační, spíše dokreslují možnosti zkvalitnění sociální práce pomocí aplikace různých druhů aktivizačních terapií.

Summary

The thesis „Basic Therapy in the Direct Care of Gerontological Client“ was focused on the description of basic therapies in the direct care of gerontological client with the aim to describe, analyze, and suggest the most optimal approaches in social care that can be realized within basic types of therapy. The text of the work was divided into four chapters which present expert opinions of various authors. The theoretical part consists of three chapters. The first chapter is devoted to the description of the preferred therapy, the second chapter analyzes the social – health aspects of the old age, and the third chapter gives the insight into the representation of the basic legislation in the care of the seniors. Principal fourth chapter interprets data obtained by qualitative survey that was realized with the help of the cooperation of several methodological procedures, available interviews, the observation in the particular institutional facility implementing a mixed group of six elderly people, who in the course of approximately one year were involved to assemble the case studies and take part in different types of therapies and activities. The obtained data was segmented and analyzed in details, the emphasis was put on ethical, dignified approach and cooperation with social workers. I evaluate the gained results of the research to be indicative considering the amount of obtained data. The data rather illustrates the possibilities to improve the quality of social work using different kinds of activation therapy.